

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960.

N°

THÈSE

489

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Monique, Madeleine LAURENT

Née le 25 juillet 1931 à Paris (15e)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le : 7 juin 1960.

LES SEQUELLES DE LA MENINGITE TUBERCULEUSE

DE L'ENFANT AVEC UN RECUL

DE 2 A 12 ANS.

Président : M. J. CATHALA, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-V



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550421_0003

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1960.

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT
PAR

Monique, Madeleine LAURENT

Née le 25 juillet 1931 à Paris (15e)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris.

Présentée et soutenue publiquement le : 7 juin 1960.

LES SEQUELLES DE LA MENINGITE TUBERCULEUSE
DE L'ENFANT AVEC UN RECU
DE 2 A 12 ANS.

Président : M. J. CATHALA, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V

TEITSBIBLI



1951

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Welter (E.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE.

I.- PROFESSEURS

MM.

Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
(Beaujon	SICARD (A.)
) Cochin	QUENU (J.)
Cliniques chirurgicales . . (Hôtel-Dieu	MENEGAUX (G.)
) Saint-Antoine	GOSSET (J.)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FEVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin	MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART-D'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)

Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	ALAJOUANINE (T.)
(Broussais)	GENNES (L. de)
)Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
(Hôtel-Dieu	BARIETY (M.)
)Lariboisière	SOULIE (P.)
(Pitié	DREYFUS (G.)
)St-Antoine	KOURILEY (R.)
Cliniques médicales	
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	PETIT-DUTAILLIS (D.)
(Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales)Port-Royal	N...
(Tarnier	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	DJOURNO (A.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	DEPARIS (M.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...

Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET

MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

		MM.		MM.
Anatomie	(CABROL (C.)		Histologie	(COUJARD (R.) pr.s.ch.
	) COUINAUD (C.)			) MAROIS (M.)
	(OLIVIER (G.)			(RACADOT (J.)
Anatomie	(GAUTHIER-VILLARS		Hydrologie	CORNET (A.)
pathologique . . .	) (Mlle P.) pr.s.ch.		Hygiène	(BOYER (J.) pr.s.ch.
	(BUSSE (F.)			) CORRE-HURST (Mme L.)
	) GOUYGOU (Ch.)		Maladies	(BASTIN (R.)
	(ORCEL (L.)		infectieuses	) DUPONT (V.)
	) PAILLAS (J.)			
Anesthésiologie . .	VOURC'H (G.)			(DEROBERT (L.)
	(NEVOT (P.) pr.s.ch.			) pr.s.ch.
Bactériologie . . .	) BARBIER (P.)		Médecine légale . .	(HADENGUE (A.)
	(CHRISTOL (D.)			) FOURNIER (E.)
	) TOURNIER (P.)			(GUENIOT (M.)
	(DESGREZ (P.)		Médecine du	
	) pr. s. ch.		travail	ALBAHARY (C.)
Biochimie médicale	(POLONOSKI (J.) m.conf.		Neuro-chirurgie .	DAVID (M.)
	) SCHAPIRA (G.) n.conf.		Neurologie	LHERMITTE (F.)
				(GRANJON (A.)
Biologie médicale. .	BOURLIERE (F.) n.conf.			) HERVET (E.)
				(LE LORIER (G.)
Carcinologie	(DENOIX (P.)		Obstétrique	) MORIN (P.)
	) MATHE (G.)			) MUSSET (R.)
				(ROBEY (M.)
Dermato-	(DUPERRAT (B.)			) THOYER-ROZAT (J.)
Syphiligraphie	)			
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		Ophthalmologie. .	(BREGEAT (P.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)			) SARAUX (H.)
			Orthopédie	(JUDET (R.)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G.)			) RAMADIER (J.)
	) DAUSSET (J.)			

Oto-rhino-Laryngologie. . .	DEBAIN (J.)	(CATINAT (J.)	
	(BRUMPT (L.C.)	)CONTAMIN (F.)	
Parasitologie	) pr. s. ch.	(COURY (C.)	
	(CHABAUT (A.)	)FREZAL (J.)	
	(BARCAT (J.)	(HOUSSET (E.)	
	)BINET (J.-P.)	)LAROCHE (Cl.)	
	(CAUCHOIX (J.)	(LESOBRE (R.)	
	)CHATELIN (C.-L.)	)MACREZ (G.)	
	(DUBOST (Ch.)	(NICK (J.)	
	)DUBOST (Cl.)	)PEQUIGNOT (H.)n.conf.	
	(FAUREL (J.)	(ROYER (P.)	
Pathologie-	)FLABEAU (F.)	)WOLFROMM (R.)	
chirurgicale . . .	(GERMAIN (A.)	(JOSEPH (R.)	
	)LAURENCE (G.)	)MANDE (R.)	
	(agr.per.	Pédiatrie-	
	)LORTAT-JACOB	Puériculture . . .	(MOZZICONACCI (P.)
	(J.L.)		)POLONOVSKI (C.)
	)LOYGUE (J.)		(ROSSIER (A.)
	(MERCADIER		(LEVY (Mlle J),
	)PERROTIN (J.)	Pharmacologie . . .	) pr. s. ch.
	(ROBERT (H.)		(BOISSIER (J.)
	)THOMERET (G.)		)LECHAT (P.)
Pathologie exotique. .	SCHNEIDER (J.)		(PARROT (J.),pr.s.ch.
	(CROSNIER (J.)	Physiologie	)DEJOURS (P.)
	)HARTMANN (L.)	Physique médicale	GOUGEROT (L.)n.conf.
Pathologie	(LOEPER (J.)	Pneumo-phtisiologie	KREIS (B.)
expérimentale . . .	)MAURICE (J.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
	(PLAS (F.)	Psychiatrie	
	)RICHEL (G.)	infantile . . .	DUCHET (D.)
	(AUSSANNAIRE (M.)	Rhumatologie . . .	DELBARRE (F.)
	)BOUR (H.)		(CERNEA (P.)
	(BOUVIER (J.)	Stomatologie . . .	)CHAPUT (Mme A.),
Pathologie médicale. .	)BOUVRAIN (Y.)		(n. c. agr.
	(BRICAIRE (H.)		)GRELLET (M.)
	)BRISAUD (H.)	Thérapeutique . . .	(CHASSAGNE (P.)
	(BROCARD (H.)		)LAMOTTE (M.)
	)BUGE (A.)	Urologie	QUENU (L.)
	(CASTAIGNE (P.),		
	) n.conf.		

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale	(ABOULKER (P.)	Clinique neuro-	
	)AMELINE (A.)	rhumatologique.	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J.)		(GRASSET (J.)
	)LEGER (L.)		)LEPAGE (F.)
	(OLIVIER (C.)	Clinique obstétricale.	(MAYER (M.)
	)PADOVANI (P.)		)MERGER (R.)
Clinique médicale. . .	(POILLEUX (F.)		(RAVINA (J.)
	)ROUX (M.)		
	(VERNE (J.-M.)	Clinique	(DESVIGNES (P.)
	(HAGUENEAU (J.),	ophtalmologique . . .	(OFFRET (G.)
	) pr.s.ch.		
	(BOUDIN (G.)	Clinique oto-rhino-	
	)CONTE (M.)	laryngologique . . .	MADURO (R.)
	(DOMART (A.)	Clinique pédiatrique	
	)MILLIEZ (P.)	et puériculture . . .	LAPLANE (R.)
	(PERRAULT (M.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
	)RAMBERT (P.)	Clinique urologique . .	KUSS (R.)
	(THIEFFRY (S.)		
	)TURIAF (J.)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr.s.ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr.à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté. . . M. LENA (J.)

Secrétaires Mme BEURLAND (H.), Mlle CHAINTREUIL (G.),
Mlle HURE (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la
Bibliothèque M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs Mlles DUMAITRE (P.), GOICHON (A-M.)

Bibliothécaires (Mme CONTET (J.), Mlles LAURENT (H.),
LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)

A MES PARENTS

Je dédie cette thèse en témoignage de
ma profonde affection et de ma
reconnaissance.

A MES GRAND PARENTS,

A MES FRERES,

A MA FAMILLE,

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CATHALA.

Professeur de la Chaire de Clinique Infantile,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse, qu'il accepte
ce témoignage de notre gratitude pour
son enseignement pédiatrique et sa
bienveillante sollicitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R.A. MARQUEZY

Médecin Honoraire des Hôpitaux de Paris,

Membre de l'Académie de Médecine,

Officier de la Légion d'Honneur,

qui a bien voulu nous confier le
sujet de cette thèse,

qu'il nous soit permis de lui exprimer
notre profonde reconnaissance pour son
enseignement clinique et ses conseils
précieux.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

Monsieur le Docteur LANCE,
Monsieur le Docteur LEMARIEY,
Monsieur le Professeur Agrégé ROSSIER,
Monsieur le Docteur MARQUEZY,
Monsieur le Professeur Agrégé JOSEPH,
Monsieur le Professeur CATHALA,
Monsieur le Professeur J. MARIE,
Monsieur le Docteur SERINGE.

A tous ceux qui m'ont aidée dans ce travail

Avec toute ma reconnaissance.

INTRODUCTION

L'apparition de la Streptomycine a transformé le pronostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant. La découverte et l'utilisation de l'Isoniazide, enfin plus récemment l'emploi de l'Hydrocortisone, ont permis d'améliorer considérablement le pronostic de cette maladie.

Mais, avec la guérison clinique, sont apparues les séquelles qui restent toujours nombreuses.

Le pronostic de la méningite tuberculeuse a fait l'objet de nombreux rapports au XIIème Congrès des Pédiatres de Langue Française à Bruxelles en 1953. Entre autres, rapports de J. MARCHE, P. DETH, C. HOFF, E. MICHELE et de nombreuses communications dont celles de E. DETH, J. CATHALA, G. HEYER, P. MARTELLI, GIBAUD, DEFFREUX, VERHEUX et Mlle. BAUDIE.

Avec un recul de 5 ans, ces auteurs signalent la persistance de séquelles neurologiques psychiques et catatoniques. Leurs premières statistiques ne semblaient pas laisser beaucoup de séquelles, mais par contre, la mortalité y était encore très élevée. Avec l'amélioration de la thérapeutique, le pourcentage de mortalité a diminué, mais celui des séquelles a augmenté, car de nombreux enfants porteurs de lésions graves ont survécu. Toutefois, ces auteurs insistent sur la nette régression de la surdité depuis l'abandon de la dihydrostreptomycine.

Dans sa thèse en 1953, DANON-BOILEAU étudie d'une manière très approfondie les séquelles neuropsychiques de la méningite tuberculeuse de l'enfant. Les données de cette étude sont reprises et commentées par HEUYER et FELD dans la Revue Neurologique en 1954. Pour ces auteurs, les séquelles psychiques graves sont rares. L'épilepsie post-méningitique est peu fréquente. Par contre, les séquelles bénignes, telles les troubles banaux de l'humeur et du comportement, sont très fréquentes et le plus souvent passagères. Le QI moyen est abaissé de 10 %.

M. ROBERT-ROUGIER, dans sa thèse de 1954, revoyant les anciens malades du Professeur BERNHEIM, pense que, traitée immédiatement et correctement, la méningite tuberculeuse de l'enfant doit guérir sans séquelles dans 86 % des cas.

En 1955, R. CAHN, analysant dans sa thèse les séquelles psychiques de la méningite tuberculeuse de l'enfant, arrive à des conclusions semblables à celles de DANON-BOILEAU.

Avec un recul de 10 ans, AUFFROY, revoyant 14 anciens malades du Professeur J. MARIE, a pu constater que les séquelles neuropsychiques graves persistaient inchangées au bout de ce laps de temps, que les séquelles moins graves pouvaient parfois disparaître, mais persistaient souvent, s'améliorant progressivement par la rééducation et le traitement, et que des séquelles électriques jusque là inexistantes pouvaient apparaître plusieurs années après la guérison sans manifestations cliniques.

Les enfants traités récemment par l'hormonothérapie associée aux antibiotiques semblent garder moins de séquelles que les précédents, bien que nous n'ayons que 3 ou 4 ans de recul. Agissant rapidement sur l'état général et les troubles de la conscience, l'hormonothérapie a fait diminuer considérablement le nombre des séquelles neuropsychiques graves et le pronostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant s'en est trouvé profondément amélioré.

MATERIEL D'ETUDE

Dans ce travail, nous nous proposons d'étudier les séquelles de la méningite tuberculeuse de l'enfant avec un recul de 2 à 12 ans après la maladie.

Les sujets de cette étude sont les enfants traités dans le Service du Docteur MARQUEZY à l'Hôpital Trousseau, de 1947 à 1957 et que nous avons revus au cours de l'année 1959.

Pendant ces dix années, le traitement de la méningite tuberculeuse a subi de nombreuses améliorations. Aussi, avons-nous classé les anciens malades en trois groupes, suivant la thérapeutique reçue :

- 1er groupe : 1947 à 1952 - Malades ayant été traités par la streptomycine soit exclusivement, soit associée aux Sulfones et à l'acide para-amino-salicylique.

- 2ème Groupe : 1952 à 1955 - Dans ce groupe, les enfants ont été traités par l'association Streptomycine - Isoniazide.

- 3ème groupe : 1955 à 1957 : Au traitement antibiotique, s'ajoute l'hormonothérapie : cortisone et hydrocortisone au début, métacortandracine ensuite.

Dans le premier groupe, 93 enfants ont été hospitalisés dans le Service pour méningite tuberculeuse. 28 enfants sont sortis guéris. Soit un pourcentage de guérison de 30 %. Sur ces 28 enfants guéris, nous avons pu en revoir 16. Parmi les autres, 4 ont donné de leurs nouvelles par lettres, les 8 derniers n'ont pas été contactés.

Dans le deuxième groupe, 41 enfants ont été traités pour méningite tuberculeuse; 29 sont sortis guéris, soit un pourcentage de guérison de 70 %. Sur les 29 enfants guéris, nous en avons revu 16, 3 ont donné des nouvelles par lettres, et 10 n'ont pas répondu aux convocations.

Dans le 3ème groupe, 20 enfants ont été hospitalisés et traités pour méningite tuberculeuse. 19 enfants sont sortis guéris, soit un pourcentage de guérison de 95 %. Sur ces 19 enfants guéris, nous avons pu en revoir 10, les 9 autres n'ayant pas répondu aux convocations.

Au total, nous avons revu 42 enfants sur les 76 sortis guéris.

Chaque ancien malade a subi un examen clinique complet et les examens paracliniques suivants : audiogrammes, électroencéphalogramme, mesure du quotient intellectuel, par le test de Binet Simon. Toutefois, quelques-uns ont été testés au Terman Merrill.

Pour les enfants d'âge scolaire, nous nous sommes efforcés d'obtenir l'opinion de leur professeur sur leur niveau scolaire et leur comportement à l'école, espérant ainsi avoir une vue plus complète de chaque cas.

— 8 —

PLAN D'ETUDE

Dans une Première Partie, nous présentons les observations des 42 enfants revus au cours de l'année 1959. Ces observations sont suivies de tableaux récapitulatifs.

Dans la deuxième Partie, nous analysons les séquelles présentées par ces anciens malades.

Enfin, dans la dernière Partie, nous discutons la fréquence des séquelles suivant les modalités du traitement, chez l'ensemble des enfants traités dans le Service.

--:--:--:--:--:--:--:--:--

OBSERVATIONS

Ier GROUPE.

OBSERVATION N° I

AUD... Josiane, 2 ans, est hospitalisée dans le Service le 26 Juin 1951, pour syndrome méningé.

Depuis 15 jours, constipation, fièvre, insomnie.

A l'entrée : subcoma. Syndrome méningé. Convulsions de l'hémi-corps droit. Troubles bulbaires importants.

PL : 57 éléments, 1,10 g d'albumine.

FO : oedème papillaire bilatéral.

Les jours suivants, le coma se complète. Quelques troubles de la déglutition. E.E.G. : type IV.

Le traitement est commencé le 29 Juin :

Voie locale : streptomycine : 20 mg tous les jours pendant 5 mois.

20 mg tous les 2 jours pendant 2 mois, soit 7 mois.

Voie générale : streptomycine : 0,75 g par jour pendant 7 mois.

P.A.S. IV : 5 g par jour pendant 1 mois puis per os.

Disulone : 20 mg.

Evolution : Pendant 3 mois, coma, fièvre, hypertonie en flexion des 4 membres, convulsions à droite. L'encéphalographie gazeuse montre une énorme dilatation ventriculaire.

En Octobre 1951, amélioration clinique et du L.C.R. Le FO est redevenu normal, mais persiste une hémiplégie gauche.

Sortie le 19 Avril 1952, avec pour séquelles : une hémiplégie gauche, un strabisme convergent, des crises convulsives.

L'enfant reste ensuite un an en convalescence à Bullion, puis rentre chez ses parents.

Elle est revue en 1957 : les crises convulsives persistent malgré un traitement anticonvulsif. L'E.E.G. montre de nombreux éléments pointus.

En 1959 : 10 ans. Les séquelles hémiplégiques gauches sont très légères. Le strabisme interne de l'oeil gauche persiste inchangé. Elle n'a pas refait de crises convulsives depuis deux ans et le traitement est arrêté depuis un mois et demi.

A l'école, elle commence à lire. Elle est gauchère et dyslexique. D'après sa maîtresse, ses résultats sont insuffisants, son instabilité très grande. Elle est facilement contrariée et réagit par des crises de larmes, se mord, déchire ce qu'elle a sous la main. Ces colères sont fréquentes. Mais c'est une enfant très affectueuse qui aime beaucoup sa maîtresse.

Son QI au test de Binet Simon est de 64.

L'E.E.G. en amélioration sur le précédent, les pointes typiques ont diminué. Les épreuves d'activation sont sans effet.

OBSERVATION N° 2

BAR... Alain, 17 Mois, est hospitalisé le 23 Mai 1949.

1 mois 1/2 avant : changement du comportement, anorexie, une crise convulsive généralisée le 23 Avril. Depuis, agitation puis somnolence.

A l'entrée , torpeur, plafonnement, mâchonnement. Pas de signes méningés. Cuti +. PL : 94 éléments, 0,90 g d'albumine.

Traitement :

Voie générale : streptomycine : 0,75 g par jour, pendant 7 mois.

Voie locale : Streptomycine : 10 mg de façon discontinue pendant 3 mois 1/2.

Evolution : aggravation les premiers jours : troubles bulbaires. Paralyse faciale droite. Contracture.

En Juillet 1949 : l'encéphalographie gazeuse montre une très grosse dilatation avec disjonction des sutures.

Le F.O. est normal.

Disparition progressive de l'hypertonie.

Sortie en Novembre 1949, avec hydrocéphalie progressive et gros troubles neurologiques.

En 1951 : l'enfant est de nouveau hospitalisée : il y a abolition complète de toute vie affective et cérébrale. La vie végétative est bonne.

En 1959 : 11 ans 1/2. Syndrome de décérébration. Paraplégie spasmodique. Pied varus équin. Signe des raccourcisseurs très marqué. L'hypertonie est moins marquée aux membres supérieurs. Mouvements désordonnés des mains. Incontinence des urines et des matières. Hydrocéphalie. Quelques crises convulsives. Pas de signes pubertaires.

Paraît voir et entendre, mais idiotie totale, ne reconnaît pas ses parents. Entièrement indifférent à l'entourage.

OBSERVATION N° 3.

DUB... Alain, 2 ans 1/2, entre dans le service le 10 Septembre 1949 pour crise convulsive. B.J. Primo-infection en Janvier 1949, traitée pendant 2 mois par streptomycine : 0,50/J.

A l'entrée, bon état général. Apyrétique. Pas de signes méningés.

F.O. : Normal.

P.L. : 213 éléments, 0,40 g d'albumine.

B.K. + à l'examen direct.

Traitement :

Voie locale : Streptomycine 10 mg par jour pendant 1 mois.

Voie Générale : streptomycine 1 g pendant 8 mois,

P.A.S. et Disulone au bout de 1 mois 1/2.

Evolution : Aggravation le 3 Octobre : somnolence, photophobie, Hémiparésie gauche qui s'améliorent progressivement en quelques jours.

A partir du 15 Octobre, amélioration rapide.

Le 15 Novembre, le L.C.R. est presque normal.

E.E.G. normal.

Sortie : le 10 mars 1950 : 1 an de convalescence.

1953 : aucune séquelle motrice. L'intelligence semble normale.

E.E.G. sensiblement normal.

1959 : 12 ans 1/2. L'enfant va bien. Pas de séquelles motrices. Pas de surdité. Alain a commencé la classe à l'âge normal. Il est dans le cours moyen 1ère année, 23ème sur 31. Son maître le trouve bavard mais apathique. 2 ans de retard. Il se livre peu. Dans l'ensemble : élève médiocre ; pas de facilité d'assimilation. Caractère triste. Peu de réaction. Indifférence à tout.

Son quotient intellectuel au test de Binet Simon est de 73.

OBSERVATION N° 4

JUL... Nicole, 19 mois, est hospitalisée le 24 Septembre 1949, pour tumeur blanche du genou droit, traitée par streptomycine 0,50 g par jour.

Le 15 Octobre : devient grognon ; constipation, vomissements.

Le 24 Octobre, abattue, mâchonnements. Aucune raideur.

F.O. : tubercule choroidien gauche.

P.L. : 102 éléments, 0,46 g d'albumine.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 50 mg pendant 24 jours.

puis 25 mg pendant 20 jours.

Voie générale : streptomycine 0,50 g pendant II mois.

P.A.S. : 10 g

Disulone : 50 mg.

Evolution : Amélioration rapide en I mois.

F.O. : normal au bout d'un mois.

Pas d'anomalies à l'encéphalographie gazeuse.

Réapparition des signes d'arthrite du genou droit après 3 mois de traitement. Plâtre. Amélioration progressive.

Sortie le 26 Août 1950. Guérison méningée et articulaire, mais surdité légère.

L'enfant reste un an en convalescence à Bullien.

En décembre 1951, un E.E.G. est normal.

En 1953, un autre E.E.G. est normal.

1959 : II ans. Nicole va bien. Elle garde une surdité légère. C'est une enfant obéissante, coléreuse si on la contrarie, mais affectueuse. Elle aime faire de la couture et la cuisine.

Du point de vue scolaire, elle est dans une école de perfectionnement depuis l'âge de 8 ans.

Elle suit le cours élémentaire 2ème année. 3 ans de retard.

Elle reste gênée par sa légère surdité, surtout en orthographe. C'est une élève curieuse, vive, qui s'intéresse à son travail.

Elle a une attitude confiante vis-à-vis de sa maîtresse et aime raconter des détails de sa vie. Serviable et bonne camarade.

OBSERVATION N° 5.

ETI.... André, 5 ans, entre dans le Service le 1er Juillet 1951. Début, 10 jours avant, par douleurs abdominales, céphalées, vomissements. Fièvre 39°.

A l'entrée : Agitation, excitation, subcoma le lendemain de l'entrée. Raideur méningée.

F.O. : Normal.

P.L. : 104 éléments -- 1,60 g d'albumine.

E.E.G. : type III

Radio thorax : miliaire.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 20 mg tous les jours pendant 3 mois tous les deux jours pendant 4 mois ; au total 7 mois.

Voie générale : Streptomycine 1 g pendant 7 mois,

P.A.S. intraveineux 5 g pendant 2 mois, puis per os 7 g. Disulone.

Evolution : Au cours du premier mois, apparition d'une hémiplégie gauche. Les troubles de la conscience disparaissent en 4 jours, mais l'enfant conserve des troubles psychiques : logorrhée, excitation, mots incohérents. Cet état s'améliore au cinquième mois.

Surdité totale à 100 % après 6 mois de traitement.

La miliaire est guérie en 1 mois 1/2.

Une encéphalographie gazeuse en Février 1952 montre une énorme dilatation ventriculaire.

E.E.G. sensiblement normal en Mars 1952.

Sortie en Avril 1952. Reste un an en convalescence à Margency.

L'enfant est revu en Octobre 1958. Sa surdité presque totale est très légèrement améliorée par un appareil. A son retour de Margency, les troubles du caractère (colères, opposition), très importants à ce moment, se sont améliorés.

E.E.G. : tracé spontané normal. Hyperpnée sans effet, mais la SLI fait apparaître des pointes ondes généralisées (A noter que l'enfant n'a jamais fait de crise convulsive).

1959 : 14 ans. On note la persistance d'une très légère hémiplégie gauche. La surdité est inchangée. L'appareil lui permet d'entendre le bruit de tambour, mais il n'entend pas la voix même forte.

Il a commencé à aller à l'école à 10 ans. Il sait lire et écrire, et commence à compter. Il peut faire les commissions.

Des troubles du caractère persistent : colères, oppositions, surtout en famille.

OBSERVATION N° 6.

FRE... Marcelle, 9 ans 1/2, entre dans le Service le 28 Septembre 1949. Deux mois avant, tuberculose pulmonaire traitée par streptomycine 1 g/Jour.

Au début de Septembre : fièvre, amaigrissement, puis vomissements.

A l'entrée : pas de signes méningés, mais strabisme interne de l'oeil droit. Pas de troubles de la conscience.

P.L. : 35 éléments - 0,65 g d'albumine.

F.O. : oedème papillaire bilatéral avec hémorragies.

Traitement :

Voie locale : Streptomycine : 50 mg pendant 5 mois 1/2.

Voie générale : Streptomycine : 1 g pendant 36 j
1,50 g pendant 9 mois } 10 mois

P.A.S. : 15 g

Disulone au bout de 4 mois.

Evolution : La persistance de l'oedème du F.O. après 1 mois 1/2 fait pratiquer une trépano-ponction bilatérale, suivie d'une amélioration rapide.

Sortie le 17 Juillet 1950 : bon état. Le psychisme semble normal. F.O. Radios, E.E.G. normaux.

1955 : surdité complète à gauche ; partielle à droite.

1959 : 19 ans : la surdité est totale, mais cette malade fait des otites purulentes à répétition. On note une fatigabilité rapide. C'est une jeune fille taciturne, douce, calme ; elle reste chez elle, ne faisant rien, incapable de travailler. Dans sa famille, elle est isolée par ses soeurs. Son psychisme semble s'être aggravé depuis ces dernières années. Depuis un an, elle a quitté l'école d'apprentissage de couture où elle était.

OBSERVATION N° 7.

JAC... Josiane, 4 ans, est hospitalisée le 15 Mai 1950, pour hémiplégie gauche.

10 jours avant l'entrée : fièvre à 39°, céphalée, vomissements.

A l'entrée : somnolence légère, signes méningés. Hémiplégie gauche flasque.

P.L. : 35 éléments - 0,71 g d'albumine.

F.O. : tubercules choroïdiens nombreux.

Radio Thorax : miliaire.

E.E.G. : type III.

Traitement :

voie locale : streptomycine 25 mg pendant 5 mois 1/2.

Voie générale : streptomycine 1 g par jour,	} 9 mois.
pendant 5 mois.	
Puis 0,50 g pendant 4 mois	

P.A.S. 5 g pendant 9 mois.

Disulone 0,50 g pendant 25 jours.

Evolution : Passage à l'hémiplégie spasmodique au bout de 8 jours. En Juin : amélioration de l'hémiplégie et de la miliaire.

E.E.G. s'améliore, mais les altérations se localisent à gauche.

En Octobre 1950 début de surdité apparue brusquement.

L'encéphalographie gazeuse montre une dilatation des ventricules surtout à droite.

Fin Octobre : amélioration de l'état général. Le F.O. redevient normal.

En Décembre 1950 : radio pulmonaire normale. L.C.R. normal.

En Février 1951 : E.E.G. sensiblement normal.

Sortie le 11 Mars 1951, sans séquelles motrices.

1953 : E.E.G. aggravé hyperpnée très activante SLI sans effet.

1955 : surdité totale et bilatérale.

F.O. : choroïdose périphérique ancienne à droite.

Radio thorax : normale.

Attitude de cypho-scoliose.

1959 : 13 ans. Josiane va bien. Elle garde une attitude scoliotique et une petite gibbosité. Il n'y a aucun déficit musculaire témoin de son ancienne hémiplégie. Les réflexes ostéo-tendineux sont normaux.

Elle n'est pas encore réglée, mais a des signes de puberté : seins A2 P3. On note une légère obésité.

Elle va à l'école des sourds-muets depuis un an. Elle parle et lit sur les lèvres.

Très affectueuse, elle s'entend bien avec ses frères et soeur.

OBSERVATION N° 8.

TAV... Georgette, 4 ans, est hospitalisée le II Avril 1950 pour syndrome méningé.

Début 15 jours plus tôt, par anorexie, céphalée, vomissements.

A l'entrée : hostilité, stupeur, raideur méningée.

P.L. : 145 éléments - 1,20 g d'albumine.

F.O. : oedème papillaire bilatéral.

Radio Thorax : opacité hilaire gauche.

E.E.G. : type III.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 25 mg pendant 6 mois.

Voie générale : streptomycine 1 g pendant 6 mois I/2)
0,75 g pendant 3 mois I/2 } II mois.
0,50 g pendant 1 mois)

P.A.S. : 10 g per os pendant 9 mois.

Disulone : 40 mg pendant 9 mois.

Evolution : Blocage rachidien assez rapide nécessitant des ponctions ventriculaires. Enorme dilatation ventriculaire bilatérale aux encéphalographies gazeuses, persistant à la sortie.

Troubles de la conscience ayant persisté 4 mois.

Sortie le 9 Mai 1951 : guérison clinique et biologique, mais surdité totale. E.E.G. encore altéré.

1953 : E.E.G. encore altéré : ondes lentes et rythmes rapides.

1959 : 13 ans - surdité totale. L'audiogramme précise qu'il ne subsiste que quelques restes auditifs pour les basses fréquences (125 - 250 - 500) rendant tout appareillage impossible.

Cette enfant ne fréquente pas l'école. Elle ne peut accomplir que des actes ménagers simples sous surveillance. N'est pas capable de faire la cuisine. Elle ne connaît pas la monnaie. Elle n'a pratiquement aucune activité. Son langage est réduit à quelques mots.

Son développement morphologique est normal. Les caractères sexuels secondaires sont normaux. Elle a été réglée à 11 ans 1/2.

Surtout, elle présente des troubles caractériels importants : colères très fréquentes, opposition la famille. En 1956, elle fut renvoyée de l'école des sourds-muets au bout de 6 mois pour "troubles caractériels".

E.E.G. : tracé spontané caractérisé par une abondante activité rapide pathologique à prédominance bipariétale que l'on doit considérer comme une séquelle électrique. Les épreuves d'activation sont sans effet.

OBSERVATION N° 9.

BAL... Jean-Michel, 6 ans I/2, entre dans le Service le 5 Juin 1950, pour syndrome méningé.

Début 8 jours avant par : fièvre, céphalée, vomissements, photophobie.

A l'entrée : syndrome méningé net. Obnubilation.

P.L. : 104 éléments - 0,88 g d'albumine.

F.O. : oedème papillaire bilatéral plus marqué à droite.

E.E.G. : type II.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 25 mg pendant 7 mois I/2

Voie générale : Streptomycine 1 g pendant 8 mois,

P.A.S. per os 15 g pendant 9 mois.

Disulone per os pendant 9 mois.

Evolution : persistance pendant 4 mois de la fièvre, alors que les troubles de la conscience et les signes méningés ont disparu.

L.C.R. très amélioré après 3 mois I/2 de traitement.

Amélioration des altérations du F.O. et de l'E.E.G. en 3 mois.

En Février 1951 : baisse de l'acuité auditive de 33 %.

Sortie en Mars 1951 : en bon état. Le déficit auditif est alors de 22 %.

En Mars 1952 : déficit auditif de 20 %.

En Décembre 1953 : déficit auditif à 15 %.

1955 : bon état. L'audiogramme est encore légèrement diminué mais l'audition est normale pour les fréquences les plus utilisées dans la compréhension du langage.

E.E.G. : tracé pointu, d'aspect irritatif.

1959 : 16 ans - Bien portant. Calme. Caractère normal. Reste un peu dur d'oreille.

Il a obtenu le certificat d'études à 14 ans. Est en deuxième année de cours complémentaire pour faire du dessin industriel. 3ème sur 32. Travaille bien.

OBSERVATION N° 10.

BUI... Richard, 5 ans, est hospitalisé le 18 Août 1950 pour syndrome méningé.

Depuis un mois : anorexie, amaigrissement, troubles du caractère.

Le 13 Août : température 38°, vomissements puis torpeur, céphalée.

A l'entrée : enfant conscient. Signes méningés. Cuti +

P.L. : 200 éléments - 0,56 g d'albumine. BK +

Radio thorax : miliaire

F.O. : tubercule choroidien à gauche.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 25 mg chaque jour pendant 4 mois ;
1 jour sur 2 pendant 2 mois - au total 6 mois.

Voie générale : streptomycine 1 g pendant 3 mois	} 8 mois I/2
0,75 g pendant 3 mois I/2	
0,50 g pendant 2 mois	

P.A.S. et Disulone per os.

Evolution : L.C.R. normal en 5 mois. Miliaire disparue après 5 mois de traitement.

A l'encéphalographie gazeuse faite au bout de 6 mois, légère dilatation ventriculaire.

Audiogramme : surdité légère au cours du traitement (-13 % en Février 1951) qui s'atténue progressivement (-5% en Avril 1951)

E.E.G. : anomalies persistantes à la sortie.

Sortie le 11 Mai 1951, en bon état.

Reste un an en convalescence à Margency.

En décembre 1952, un E.E.G. est pratiquement normal.

1956 : Bon état; travaille bien à l'école.

1959 : 14 ans. Examen clinique normal. Pas de surdité.

Du point de vue scolaire, il est dans le cours moyen 2ème année et doit passer le certificat d'études l'année suivante.

Il suit bien sa classe : 12ème sur 35, mais faiblesse en orthographe. C'est un enfant calme, de caractère renfermé. Il s'entend bien avec ses camarades et ses frères. Son psychisme paraît normal.

OBSERVATION N° II.

BRU... Geneviève, 13 ans 1/2, entre dans le Service le 13 Juin 1950 pour miliaire pulmonaire découverte par un examen systématique.

A l'entrée : amaigrissement. Pâleur. Température 38°, cuti ++.
Fond d'oeil : normal.

P.L. : 1 élément - 0,40 g d'albumine.

Radio thorax : miliaire macronodulaire.

Trois semaines plus tard : P.L. : 238 éléments, 0,35 g d'albumine.

Donc méningite latente sous traitement. E.E.G. : type I.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 25 gm pendant 10 mois.

Voie générale : streptomycine 1,50 g pendant 4 mois)
I g pendant 8 mois } 1 an.

P.A.S. 10 g per os pendant 14 mois.

Disulone per os 150 mg pendant 14 mois.

Evolution : blocage rachidien en Août 1950, disparu en 2 mois.

L.C.R. : amélioration après 4 mois, puis rechute biologique, sans rechute clinique, pendant 7 mois. LCR normal à la sortie.

F.O. Toujours normal.

Miliaire améliorée au bout de 6 mois, mais non disparue.

En céphalographie gazeuse normale au bout de 6 mois.

Audiogramme : déficit de -23 % après 1 an de traitement,
Déficit de -6 % après 14 mois.

E.E.G. sensiblement normal à la sortie.

Sortie le 26 Août 1951.

Un an de convalescence à Bullien.

En Janvier 1952 : F.O., P.L. et E.E.G. : normaux.

1959 : 23 ans. Examen clinique normal, mais asthénie, amaigrissement léger. Radio pulmonaire normale.

A été réglée à 16 ans.

A eu un enfant l'année dernière, prématuré de 7 mois, mis en couveuse.

OBSERVATION N° 12.

GIB... Gisèle, 3 ans 1/2, est hospitalisée le 1er Juin 1948, pour syndrome méningé.

Début un mois avant par angine, fièvre, puis céphalée, vomissements, anorexie. Modifications du caractère. Amaigrissement.

A l'entrée : Nuque un peu raide. Somnolence très marquée. Hostilité. Pauses respiratoires. Mydriase bilatérale.

P.L. : 13 éléments - 0,70 g d'albumine.

Radio Thorax : adénopathie latéro-trachéale droite.

F.O. : tubercule choroidien à gauche.

Traitement :

Voie générale : streptomycine 0,50 g par jour pendant 5 mois 1/2
Pas de traitement local.

Evolution : Amélioration lente : la torpeur persiste plus d'un mois, mais au début de Juillet, l'enfant est éveillée, s'assoit dans son lit, joue.

Raideur disparue lentement en 6 semaines.

Fièvre un peu déséquilibrée pendant 1 mois, puis normale.

Léger fléchissement de poids à la moitié du 2ème mois, coïncidant avec des vomissements qui ont cessé spontanément. Puis bonne évolution.

Sortie le 10 Décembre 1948.

1950 - E.E.G. : rythme de base assez régulier. Hyperpnée très activante : ondes lentes généralisées.

1951 : E.E.G. : tracé polyrythmique spontanément, présentant toujours des altérations après activation.

1959 : 14 ans 1/2 - Examen clinique normal. Pas de troubles auditifs. A été réglée à 9 ans (La mère et la soeur ont été réglées à 11 ans).

Elle est un peu coléreuse, mais pas de troubles caractériels.

Elle a passé le certificat d'études à 14 ans. Elle suit maintenant la première année de cours commercial, 8ème sur 28. Accuse quelques difficultés de mémoire.

E.E.G. : tracé spontané normal. Hyperpnée sans effet. SLI fortement activante faisant apparaître de nombreux éléments paroxystiques.

OBSERVATION N° 13.

GUI... Gervaise, 7 ans, entre dans le Service le 19 Octobre 1947, pour syndrome méningé.

Début 8 jours avant par anorexie, céphalée, vomissements puis raideur, somnolence.

A l'entrée : syndrome méningé net. Somnolence accentuée.

Strabisme interne de l'oeil droit et ptosis.

P.L. : 57 éléments - 0,75 g d'albumine.

F.O. : normal.

Radio thorax : quelques opacité micronodulaires des deux sommets.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 7 injections de 10 mg tous les 2 jours, puis tous les 3 jours, pendant 15 jours.

Voie générale : streptomycine 1 g par jour pendant 9 mois.

Evolution : amélioration dès le 3ème jour du traitement.

Disparition des signes méningés au bout de 25 jours. Température normale au bout d'un mois. L.C.R. redevenu normal au bout de 9 Mois. E.E.G.

(Avril 1948) : signes de souffrance cérébrale de la moitié antérieure des deux hémisphères.

En Juillet 1948 : tracé pratiquement normal.

Age mental de 8 ans 1/2 en Juillet 1948 - âge réel : 8 ans 1/2.

Sortie en Juillet 1948 : bon état.

L'enfant a repris l'école en Octobre 1949 à mi-temps, car elle se fatigue vite.

Reprise normale de l'école en Octobre 1951.

1959 : 19 ans - Examen clinique normal. Pas de déficit auditif. A été réglée à 14 ans 1/2.

Calme, de caractère renfermé. Peu bavarde. Peu liante.

Elle a passé le Brevet d'études primaires cette année et vient d'entrer à l'Ecole d'infirmière.

Son instruction est normale.

Sortie le 1er Novembre 1950, avec grosse séquelle hémiplegique gauche.

1959 : 14 ans - garde des séquelles de son hémiplegie gauche : légère amyotrophie et léger raccourcissement du membre inférieur gauche. Paralysie faciale gauche.

A eu une ténotomie gauche en 1955.

L'enfant vit chez ses grands-parents depuis sa sortie de l'hôpital. Ses parents et ses cinq frères et soeurs vivent en Auvergne, et Bernard ne veut pas y aller.

Il a quelques troubles du caractère : colères violentes si on le contrarie, d'autant plus prononcées que la grand'mère est trop faible avec lui.

Depuis l'âge de 10 ans, il va à l'école des Paralysés.

Il a su lire à 9 ans, mais depuis reste dans la même classe. Il lit lentement, est nul en calcul même pour faire des additions simples. Il n'a pas de mémoire, mais copie bien. Il ne sait pas rendre la monnaie, mais fait les commissions. Son Q.I. mesuré au test de Binet Simon et de 57.

E.E.G. : le tracé spontané présente des anomalies importantes : importante asymétrie. Dans les dérivations droites, nombreux éléments lents ou pointus, lents, d'allure paroxystique. Dans les dérivations gauches : nombreuses bouffées de rythmes rapides pathologiques. Hyperpnée sans effet. SLI légèrement activante.

OBSERVATION N° 15.

RIE... Eugène, 4 ans I/2, entre dans le Service le 19 Septembre 1947, pour méningite lymphocytaire.

Début 8 jours avant par : céphalée, anorexie, vomissements.

A l'entrée : Signes méningés purs, puis apparition de fièvre oscillante, somnolence, troubles du pouls.

P.L. : 322 éléments - La culture reste négative.

Cuti + depuis décembre 1944.

Traitement : commencé le 14ème jour.

Voie locale : streptomycine 10 mg : 2 fois par semaine pendant 1 mois.

Voie générale : streptomycine 1 g pendant 1 mois I/2.

Evolution : amélioration après 8 jours de traitement. Aggravation à la fin du premier mois : vomissements, amaigrissement, somnolence.

Sortie : sur demande le 15 Novembre 1947, en mauvais état général. Reste chez lui de Novembre 1947 à Mai 1948 : amélioration progressive.

Deuxième hospitalisation en Mai 1948 pour convulsions de l'hémiface gauche, puis droite. Sans perte de connaissance.

P.L. : 6 éléments - 0,50 g d'albumine.

F.O. : Normal.

E.E.G. : Altéré sans signes de localisation.

Traitement : streptomycine I.M. 1 g pendant 2 mois I/2.

Sortie le 12 Juillet 1948, en bon état.

E.E.G. du 20 Juillet 1948 : sensiblement normal.

Bien portant jusqu'en 1955.

Troisième hospitalisation le 22 Juin 1955. Signes méningés nets. Fièvre élevée. Céphalée.

On ne trouve pas de B.K. dans le L.C.R. mais on traite comme une rechute de méningite tuberculeuse.

P.L. : 66 éléments - 0,80 g d'albumine.

F.O. : normaux.

Traitement :

Voie locale : I seule injection de streptomycine 10 mg et d'I.N.H. 10 mg.

Voie générale : streptomycine 1 g, une injection.

INH : 950 mg pendant 6 mois.

Evolution : bonne

L'encéphalographie gazeuse montre une dilatation ventriculaire globale.

A la sortie le 31 Décembre 1955 : F.O. normaux. E.E.G. : tracé spontané normal : hyperpnée activante.

1959 : 16 ans 1/2. Examen clinique normal. Pas de surdité ni de crises convulsives.

Il travaille dans la chaussure. Mais ne sait pas lire, ne connaît pas l'adresse de son employeur. En calcul, il sait faire des additions mais pas les multiplications simples. Donc gros retard psychique.

OBSERVATION N° 16.

ROU... Monique, 10 ans, est hospitalisée le 7 Février 1948 pour syndrome méningé.

Début 8 jours avant par abattement, vomissements, céphalées violentes, constipation. Cuti + à l'âge de 4 ans.

A 6 ans, a fait un Po^{tt} dorso-lombaire traité pendant 3 ans à Berck.

A l'entrée : Raideur méningée nette. Conscience normale. Pausas respiratoires. Secousses musculaires.

F.O. : normal.

P.L. : 125 éléments - 1,10 g d'albumine. BK +

Traitement : Voie générale : streptomycine.

2 g pendant 3 mois	}	6 Mois.
1 g pendant 1 mois 1/2		
0,50 g pendant 1 mois 1/2.		

Pas de traitement local.

Evolution : L'abattement diminue dès le 4ème jour du traitement. RAideur méningée et pauses respiratoires cessent après 1 mois. Température normale au bout de 3 mois.

L.C.R. : poussé lymphocytaire le premier mois,
poussée d'albumine les 4 premiers mois (4,80 g).
amélioration par la suite.

Sortie le 5 Août 1948 : bon état. Activité psycho-motrice normale. E.E.G. normal.

1950 : E.E.G. : rythme de base normal. Hyperpnée et SLI activantes.

1959 : 22 ans bon état général. Pas de surdité, mais otite chronique gauche avec déficit auditif de ce côté.

A été réglée à 12 ans 1/2.

Très nerveuse. Traitée à plusieurs reprises par Calcibronat et Alepsal. Colère faciles si on la contrarie. Cependant, elle est affectueuse et s'entend bien avec ses camarades.

Elle est allée 2 ans en classe de perfectionnement jusqu'à 14 ans. Elle sait lire, écrire, faire les opérations de calcul. N'a pas passé le certificat. Gros retard scolaire du fait des nombreux arrêts.

A la sortie de l'école, elle a travaillé comme mécanicienne dans la couture et depuis 3 ans est bobineuse en radio.

E.E.G. : le tracé spontané est très sensiblement normal. Hyperpnée très positive. SLI également activante, faisant apparaître des éléments anormaux, principalement à la fermeture des yeux.

2ème GROUPE.

OBSERVATION N° 17.

FON... Philippe, 21 mois est hospitalisé le 2 Avril 1954, pour syndrome méningé.

Début un mois avant par de la fièvre, puis des vomissements et céphalée.

A l'entrée : Coma vigil. Syndrome méningé franc.

F.O. : 1 tubercule choroidien à droite.

P.L. : 110 éléments, 3,60 g d'albumine, BK + à l'examen direct.

E.E.G. : type III.

Traitement : voie locale commencée au 8ème jour.

Streptomycine 10 mg	}	pendant 50 jours.
INH 10 mg		

Voie générale : Streptomycine 0,50 g pendant 3 mois I/2.

P.A.S. 5 g pendant 7 mois I/2

I.N.H. 400 mg soit 30 mg/kg pendant 13 mois.

Evolution : Les troubles de la conscience ont persisté 3 mois I/2 avec agitation et secousses cloniques des extrémités. Température normale au bout de 1 mois I/2.

F.O. - tubercule cicatrisé en 2 mois.

L.C.R. : subnormal à la sortie : 19 éléments, 0,65 g d'albumine.

E.E.G. : type IV au bout de 1 mois ; amélioré après 2 mois I/2.
type I encore à la sortie.

Audiogramme normal.

Encéphalographie gazeuse : grosse dilatation ventriculaire à 1 Mois I/2, persistant à 5 mois I/2 du traitement.

Test : 10 mois I/2 pour 26 mois d'âge réel.

Sortie le 27 Novembre 1954.

L'enfant est revu en Mai 1955 : il n'a aucun trouble neurologique.

Un test donne 2 ans d'âge mental pour 34 mois d'âge réel. Il a comblé une partie de son retard psychomoteur.

P.L. et F.O. sont normaux.

L'.E.E.G. montre encore quâques éléments lents.

1959 : 7 ans. Examen clinique normal. Pas de trouble du caractère. A 4 ans, il est allé à l'école maternelle.

A 6 ans, il était au cours préparatoire. Il redouble son année. Il sait les lettre et les chiffres, mais ne sait pas lire. L'enfant a fait peu de progrès depuis 1 an.

OBSERVATION N° 18.

VIN... Lucette, 1 an, est hospitalisée le 19 Mars 1953 après une semaine de fièvre, anorexie, vomissements, constipation, troubles du sommeil, puis photophobie et somnolence.

A l'entrée : hypotrophie. Déshydratation. Hostilité. Somnolence importante. Pas de signes méningés. Cuti +. F.O. Normal.

P.L. : 129 éléments, 2 g d'albumine. BK + à la culture.

Radio Thorax : miliaire.

E.E.G. très altéré, type IV.

Traitement : voie locale : streptomycine 20 mg } Pendant 5
I.N.H. 5 mg } mois

Voie générale : streptomycine 0,50 g tous les jours pendant 3 mois, tous les 3 jours, pendant 1 mois 1/2, au total 4 mois 1/2.

INH 250 mg soit 30 mg/kg, pendant 18 mois.

P.A.S. 3,5 g pendant 7 mois.

Evolution : Amélioration de l'état général et de la conscience au bout d'un mois.

hémoptysie importante le 3 Mai.

E.E.G. amélioré au bout de 2 mois, normal à la sortie.

Nettoyage radiologique à la sortie, mais persistance d'adénopathie droite et gauche et d'une image cavitaire gauche.

Audiogramme : faible diminution de l'audition qui s'est améliorée par la suite.

En céphalographie gazeuse : pas de dilatation ventriculaire.

Retard psycho-moteur. Un test fait en Juillet 1953 donne un âge mental de 1 an pour 16 mois d'âge réel.

Sortie le 17 Octobre 1953.

L'enfant reste un an en convalescence à Bullien.

En Septembre 1954, un test psycho-moteur donne 15 mois 1/2 d'âge mental pour 2 ans 7 mois.

Revue en Octobre 1955, elle va bien, a fait des progrès, parle assez bien.

1959 : 7 ans, Lucette va bien. L'examen clinique est normal. Pas de déficit moteur. Elle entend bien et parle assez bien.

Du point de vue scolaire, son comportement est normal. Elle est dans la classe préparatoire et son travail est celui d'une élève moyenne. Sa conduite est bonne. Elle est gentille et serviable avec ses camarades. Elle aime se confier. Elle est ordonnée et propre. C'est une enfant paisible, parfois un peu endormie.

Testée au Terman Merrill, son QI est de 71. Par contre, les cubes de Kohs donnent un QI de 126 et le Porteus un âge mental de 12 ans.

L'E.E.G. montre un tracé spontané au rythme ample pointu avec en surimpression des éléments pathologiques à type de pointes, pointes lentes, ondes lentes encochées, très nombreux, à prédominance droite et postérieure.

L'hyperpnée est activante. La SLI sans effet.

OBSERVATION N° 19.

ANC... Simone, 9 ans 1/2, entre dans le Service le 13 Novembre 1953, pour fièvre persistant depuis 15 jours, avec asthénie et céphalée.

Primo-infection à l'âge de 5 ans.

A l'entrée : pas de signes méningés ni neurologiques. Conscience normale.

P.L. systématique fait le diagnostic : 262 éléments, 2,40 g d'albumine. BK + à la culture.

F.O. Normal.

E.E.G. : type I

<u>Traitement</u> :	voie locale :	streptomycine 20 mg	} Pendant 1
		INH 20 mg	

Voie générale : streptomycine 1 g par jour pendant 6 semaines, 1 g tous les 3 jours pendant 25 jours, au total 2 mois 1/2.

P.A.S. 7,5 g pendant 2 mois,

I.N.H. 800 mg, soit 20 mg/kg pendant 1 an.

Evolution : température normale en 6 semaines.

L.C.R. redevenu normal au bout de 5 mois.

A pris 6 kilos en 6 mois.

Audiogramme normal.

E.E.G. : aggravation après I mois, très amélioré après 2 mois.

Sortie : le 27 Mai 1954 ; en bon état.

En convalescence à Margency pendant 1 an.

En Juin 1957 : elle va bien. Son âge mental est normal.

E.E.G. : tracé spontané normal. Hyperpnée activante.

En Février 1958 : E.E.G. : tracé de repos sensiblement normal.

Hyperpnée légèrement activante. SLI sans effet.

1959 : 15 ans. Examen clinique normal. Elle est assez forte et veut maigrir. Régulée depuis l'âge de 11 ans. Son sommeil est souvent agité.

Elle a eu le certificat d'études à 14 ans. Elle va dans une école d'apprentissage de couture et enseignement ménager. Elle suit bien. Son travail lui plaît.

Mais elle ne s'entend pas avec ses camarades et, de plus, dans sa famille, il y a une opposition constante avec sa mère.

L'E.E.G. montre un tracé de repos un peu ample mais voisin de la normale. L'hyperpnée est assez fortement activante. La SLI est sans effet.

OBSERVATION N° 20.

AND ... Patrick, 6 ans, est hospitalisé le 24 Juillet 1953 pour syndrome méningé.

Début brusque deux jours avant par céphalée et somnolence.

Virage de cuti en 1951.

A l'entrée : raideur méningée. Somnolence.

F.O. : normal.

P.L. : 212 éléments, 0,65 g d'albumine. B.K. + à l'examen

DIRECT.

E.E.G. : type II.

Traitement : voie locale : streptomycine 20 mg } Pendant 3
I.N.H. 5 mg } mois 1/2 .

Voie générale : streptomycine 0,75 g pendant 3 mois.

I.N.H. : 600 mg soit 30 mg/kg pendant 1 an.

P.A.S. : 7 g pendant 6 mois 1/2.

Evolution : Température normale en 15 jours. Signes cliniques disparus en 15 jours. L.C.R. subnormal après 1 mois 1/2.

E.E.G. : très amélioré en 6 semaines, d'aspect un peu irritatif les mois suivants.

Audiogramme normal.

Sortie le 27 Février 1954.

Reste un an en convalescence à Margency.

Il est revu en Février 1955 : son intelligence paraît normale mais c'est un enfant très nerveux, très irritable, faisant souvent des colères, parfois agressif : il a menacé une fois ses parents avec un couteau.

On prescrit un traitement de Gardénal : 1 cg/jour, qui est arrêté 2 mois plus tard.

En Avril 1956 : son caractère s'est amélioré. Il travaille bien en classe.

L'E.E.G. est sensiblement normal.

En Mars 1958 : il vient consulter pour troubles du comportement. Son travail scolaire est insuffisant et surtout il refuse d'aller en classe sans raison apparente, refus qui a motivé l'intervention des gendarmes.

E.E.G. sensiblement normal. Hyperpnée légèrement activante. SLI sans effet.

1959 : 12 ans - pendant le mois de Mai, l'enfant a eu des céphalées avec diplopie, des paresthésies dans le territoire du radial, des clonies fréquentes des muscles du visage avec parallèlement aggravation des troubles du caractère et instabilité.

A l'école, les absences sont continuelles coïncidant souvent avec une punition. Il ne fait aucun effort, n'apprend pas ses leçons, n'a pas de camarades car mauvais joueur et taquin. A la maison, ses parents s'avouent incapables d'en tirer quoi que ce soit.

En Octobre, on le change d'école. Il a 3 ans de retard scolaire. Il reste le dernier de sa classe, n'éprouve aucun goût pour le travail scolaire. Cependant, il s'est amélioré sur le plan de la fréquentation scolaire et a moins de troubles graves du comportement. Toutefois, son comportement vis-à-vis du maître est souvent incorrect. Il aime troubler la classe.

OBSERVATION N° 21.

BOU... Patrick, 4 ans 1/2, est hospitalisé le 13 Avril 1954 pour syndrome méningé.

Début 15 jours auparavant, par des troubles digestifs avec fièvre puis céphalée, puis raideur méningée.

A l'entrée : somnolence, hostilité. Hyperesthésie, raideur méningée. ID à 50 +.

F.O. : léger oedème papillaire droit, normal à gauche.

P.L. : 95 éléments - I,60 g d'albumine.

E.E.G. très altéré, type III.

Traitement : voie locale : streptomycine 10 mg } Pendant 14
I.N.H. 5 mg } Jours

Voie générale : streptomycine 0,50 g tous les jours pendant 5 semaines, puis tous les 3 jours pendant 1 mois 1/2, au total 3 mois.

I.N.H. 500 mg soit 35 mg/kg pendant 1 an.

P.A.S. 5 g pendant 6 mois.

Evolution : amélioration progressive. Température normale en 1 mois. Les troubles de la conscience persistent une semaine.

F.O. normal au bout d'un mois.

L.C.R. subnormal en 4 mois 1/2.

E.E.G. très amélioré en deux mois, reste un peu anormal après 6 mois.

Encéphalographie gazeuse en Mai 1954 : petite dilatation ventriculaire prédominant à droite.

Sortie le 4 Septembre 1954.

En Février 1955 : E.E.G. presque normal. SLI sans effet.

1959 : 10 ans. Patrick va bien, mais reste instable. Son affectivité est normale. Du point de vue scolaire, il redouble sa classe et a un an de retard. La dernière année scolaire n'a pas été brillante. Cette année s'annonce meilleure. Il est 17ème sur 39. L'orthographe est son point faible. C'est un garçon nerveux, qui travaille mieux s'il est isolé. L'écriture et la tenue des cahiers sont variables suivant la nervosité.

Dans l'ensemble, l'année est meilleure que la précédente.

L'enfant semble prendre conscience de la valeur de son travail.

OBSERVATION N° 22.

COL... Suzanne, 12 ans, entre dans le Service le 20 Septembre 1954, pour syndrome méningé.

Début 8 jours avant par : vomissements, céphalée, constipation, puis fièvre, somnolence.

A l'entrée : syndrome méningé net. Somnolence. Hostilité.
ID à 50 U +.

P.L. : 351 éléments, 2,40 g d'albumine, 0,32 g sucre.
6,20 chlorures.

F.O. : léger flou papillaire.

.E.E.G. très altéré, type III.

Traitement : voie générale; streptomycine 1 g tous les jours pendant 1 mois, puis 1 jour sur 3 pendant 2 mois - au total 3 mois.

P.A.S. : 15 g pendant 1 mois 1/2.

I.N.H. : 700 mg, soit 15 mg/kg pendant 8 mois.

Pas de traitement intra-rachidien.

Evolution : céphalée et somnolence ont disparu en 8 jours.
La température est normale en un mois. F.O. normal 15 jours après le début du traitement.

L'E.E.G. reste altéré jusqu'à la sortie.

Apparition au bout de 9 jours d'un strabisme convergent gauche qui persiste comme séquelle.

En Novembre 1954, apparition de vergétures pourpres aux fesses.

Sortie le 7 Mars 1955.

Reste un an en convalescence à Margency.

2ème Hospitalisation le 14 mars 1957, pour rechute de méningite tuberculeuse. Un mois auparavant : fatigue, diminution du travail scolaire, puis fièvre, céphalée, vomissements, raideur méningée. Pas de troubles de la conscience.

P.L. : 400 éléments - 3 g d'albumine.

F.O. : normal.

E.E.G. : aggravation sur le dernier enregistrement.

Traitement : Voie locale : streptomycine 10 mg }
I.N.H. 10 mg } Pendant 18
Hydrocortisone 10 mg } jours

Voie générale : streptomycine 1 g pendant 3 mois,
I.N.H. : 650 mg pendant 1 an.

Evolution : amélioration rapide.

En Mai 1957 : QI : 91.

A passé le certificat d'études avec succès en Juin 1957.

E.E.G. : aspect irritatif. Hyperpnée activante.

Sortie le 31 Juillet 1957

Convalescence à Margency pendant un an.

1959 : 17 ans - Va bien. Examen clinique normal. Plus de strabisme. Elle n'est pas patiente et a des colères fréquentes ; cependant, elle s'entend bien avec ses frères et soeurs. Elle n'est pas retournée à l'école depuis son retour dans sa famille. Elle veut faire des études d'infirmière.

E.E.G. : tracé spontané : rythmes rapides anormaux assez importants. Hyperpnée encore activante. SLI sans effet.

OBSERVATION N° 23.

DEM... France, 9 ans I/2, entre dans le Service le 14 Avril 1953, pour méningite tuberculeuse découverte par PL systématique au cours d'un virage du cuti.

A l'entrée : pas de signes méningés, ni de troubles de la conscience.

P.L. : 382 éléments - 0,59 g d'albumine.

F.O. : normal.

Radio thorax : opacité hilare droite.

E.E.G. : type II.

Traitement : voie locale : streptomycine 25 mg } Pendant 2
I.N.H. 20 mg } mois.

Voie générale : streptomycine 1 g par jour pendant 1 mois I/2.
0,75 g tous les 3 jours pendant

2 mois I/2 - au total : 4 mois.

I.N.H. : 1 g soit 30 mg/kg pendant 10 mois.

P.A.S. : 7,5 g pendant 4 mois.

Evolution : Température normale en 1 mois I/2.

L.C.R. : subnormal en 2 mois I/2.

F.O. toujours normal.

Audiogramme normal.

E.E.G. : encore quelques éléments irritatifs à la sortie.

Sortie le 1er Septembre 1953.

En Juin 1954, l'E.E.G. est encore perturbé. Hyperpnée activante.

1959 : 15 ans I/2 - Excellent état.

En Octobre 1954, elle a repris le travail scolaire à la maison. Elle est rentrée au lycée en 6ème en Octobre 1955, à 12 ans.

Actuellement en classe de 3ème, très bonne en mathématiques et en sciences, moins bonne en français.

C'est une enfant au caractère vivant, enjoué ; bonne camarade serviable, ouverte.

Il ne persiste aucune séquelle.

OBSERVATION N° 24.

DEH... Raymond, 6 ans I/2, est hospitalisé le 20 Mai 1952 pour syndrome méningé.

Début 8 jours avant par : céphalée, vomissements, somnolence.

A l'entrée : somnolence importante. Raideur méningée. Pausés respiratoires. Aréflexie tendineuse du membre inférieur droit. Rétention d'urines.

F.O. : oedème papillaire prédominant à gauche.

P.L. : 54 éléments - I,40 g d'albumine.

Radio thorax : miliaire.

E.E.G. : très altéré, type IV.

Traitement : Voie locale : streptomycine 25 mg) Pendant
I.N.H. 15 mg } 4 mois.

Voie générale : streptomycine 0,75 g tous les jours pendant 4 mois I/2, puis tous les 3 jours pendant I mois I/2 - total : 6 mois.

I.N.H. : 550 mg soit 30 mg/kg pendant I8 mois.

P.A.S. : 7 g per os pendant 4 mois.

Evolution : Etat général amélioré au bout de I5 jours.

Une discrète hémiplégie gauche persiste plus de 3 mois.

F.O. normal au bout de 4 mois.

L.C.R. normal au bout de 5 mois.

La miliaire disparaît après 3 mois.

Une encéphalographie gazeuse faite au bout d'un mois montre une dilatation moyenne.

Audiogramme : déficit auditif de - I3 % après 4 mois.

- IO % après 5 mois.

- 22 % après 6 mois.

Amélioré par la suite.

E.E.G. normal en Octobre I952.

Sortie le 3 Janvier I953.

Convalescence d'un an à Bullion.

En avril I953, E.E.G. : discrètes altérations.

En Mai I957 : Assez bon travail scolaire. Radio thorax normale.

I959 : Examen clinique normal. Pas de troubles caractériels, très serviable, très gentil avec ses frères et soeurs. Il a toujours suivi l'école régulièrement. A 2 ans de retard scolaire. 25ème du 32, dans sa classe. Le maître dit qu'il pourrait beaucoup mieux faire.

OBSERVATION N° 25.

JEH... Michèle, 3 ans, est hospitalisée le 7 Octobre 1952 pour hémiplégie gauche.

Début 4 jours avant par : asthénie, hypersomnie, fièvre.

A l'entrée : coma vigil avec incontinence urinaire. Hémiplégie gauche. Cuti +.

F.O. Normal.

P.L. : 157 éléments - 0,90 g d'albumine.

E.E.G. : type III.

Traitement : voie locale : streptomycine 25 mg) Tous les jours
I.N.H. 10 mg } pendant 3 mois

Puis de façon discontinue pendant
3 mois - au total 6 mois.

Voie générale : streptomycine 0,75 g pendant 6 mois,

P.A.S. : 5 g pendant 5 mois.

I.N.H. : 400 mg, soit 30 mg/kg pendant 14 mois.

Evolution : Régression rapide des syndromes cliniques et biologiques. 1ère surinfection du L.C.R. au 2ème mois par Pneumocoque. 2ème surinfection à 3 mois I/2 par staphylocoque.

F.O. toujours normal.

E.E.G. à peu près normal après 5 mois I/2.

Encéphalographie gazeuse : légère dilatation à droite.

Régression lente de lhémiplégie) Qui persistent à la
Déficit auditif } sortie.

Sortie le 10 Juin 1953.

L'enfant reste un an en convalescence à Bullion.

Elle est revue en Avril 1954 : on note des troubles du caractère, du sommeil, de l'anorexie, une énurésie. Il persiste une hémiplégie gauche avec quelques mouvements choréo-athétosiques au niveau de la main.

En Septembre 1954, elle va mieux. Tendance du pied gauche au varus equin. Elle reprend l'école à mi-temps.

1959 : 10 ans - Les séquelles hémiplégiques sont importantes.

Au membre supérieur : amyotrophie, contracture en pronation forcée.

Au membre inférieur : contracture très marquée du tendon d'Achille, pied bot varus equin. Signe de Babinski. L'enfant ne boîte pas, elle marche en traînant un peu la jambe.

La force segmentaire est à peu près normale.

Elle se plaint de mal entendre et l'audiogramme montre une très légère surdité de transmission bilatérale à prédominance gauche. Audition proche de la normale.

Dans sa famille, c'est une enfant peu affectueuse, désobéissante, coléreuse et renfermée.

Du point de vue scolaire, elle est en classe de 10ème ; 3 ans de retard. Elle lit couramment et calcule normalement. C'est une élève qui se classe dans la moyenne. Elle est très aimée de la maîtresse et de ses camarades.

Son QI mesuré par le test de Binet Simon est de 84.

L'E.E.G. montre un tracé de repos d'aspect irritatif. L'hyperpnée et la SLI sont modérément activantes.

OBSERVATION N° 26.

LEB... Francis, 8 ans, entre dans le Service le 21 Avril 1952, pour syndrome méningé.

Début 8 jours avant par : céphalée, fièvre, épistaxis, photophobie, vomissements. Cuti +, depuis l'âge de 4 ans.

A l'entrée : syndrome méningé. Obnubilation légère. Somnolence.

P.L. : 480 éléments - 0,90 g d'albumine, 0,53 g de sucre. 6,55 g chlorures. Absence de B.K.

F.O. Normal.

E.E.G. : type III.

On ne fait pas le diagnostic de méningite tuberculeuse.

Le diagnostic n'est posé que le 9 Août 1952, à la découverte de B.K. après inoculation au cobaye.

On institue alors le traitement suivant :

Voie locale : streptomycine 20 mg)	} Pendant 3 mois.
I.N.H. 15 mg)	

Voie générale : streptomycine 1 g pendant 1 mois)	} 3 mois.
0,75 g pendant 2 mois)	

P.A.S. : 7,5 g pendant 5 mois I/2.

I.N.H. : 500 mg, soit 30 mg/kg pendant 10 mois.

Evolution : Amélioration rapide.

L.C.R. redevenu normal après 5 mois.

L'E.E.G. s'améliore progressivement.

L'audiogramme note une atteinte chochléaire bilatérale après 6 mois, qui s'améliore par la suite.

L'encéphalographie gazeuse montre une dilatation nette surtout marquée à droite.

Sortie le 13 Mai 1953 - En bon état.

1959 : 15 ans. L'examen clinique est normal. Il est pubère depuis un an. Il se plaint parfois de migraine ophtalmique durant plus d'une heure et survenant 6 à 8 fois par an, parfois accompagnée de troubles sensitifs : engourdissement de la main avec picotements.

Il n'a aucun trouble caractériel.

Il a obtenu le certificat d'études à 14 ans. Il est actuellement en classe de 5ème de cours industriel. Son travail intellectuel est satisfaisant. Il est 4ème de sa classe.

Des examens d'orientation professionnelle subis en 1958 et 1959 montrent un bon rendement des tests d'intelligence verbale logique et numérique. Apte aux études secondaires, mais faible en rédaction. Bons résultats dans les épreuves d'intelligence technique et pratique et dans les épreuves de dextérité. Mais il est instable et fatigable.

L'E.E.G. montre un tracé de repos sensiblement normal. L'hyperventilation est fortement activante, faisant apparaître des ondes lentes antérieures et des éléments postérieurs pointus lents. SLI sans effet.

OBSERVATION N° 27.

LEM... Ginette, 7 ans, est hospitalisée le 27 Avril 1953 pour syndrome méningé.

Début un mois avant par : troubles du caractère, asthénie, anorexie, céphalée, fièvre.

A l'entrée : syndrome méningé. Photophobie. Déshydratation.
Légère obnubilation. Cuti +.

F.L. : 138 éléments - 1,20 g d'albumine.

F.O. : très perturbé, type III.

Radio thorax : petite adénopathie hilare droite.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 25 mg } Tous les jours
I.N.H. 10 mg } pendant 3 mois
puis tous les 2 jours pendant 2 mois - au total 5 mois;

Voie générale : streptomycine 0,75 g tous les jours pendant 3 mois, puis tous les 3 jours pendant 2 mois - au total 5 mois.

P.A.S. : 7,5 g pendant 4 mois.

I.N.H. : 400 mg, soit 20 mg/kg pendant 2 mois
puis 800 mg pendant 6 mois.

Evolution : la somnolence a duré 15 jours.

Quelques troubles de l'équilibre sont notés au 5ème mois, qui disparaissent à l'arrêt de la streptomycine.

L'audiogramme est normal.

L'E.E.G. : quelques éléments irritatifs, persistent à la sortie.

Sortie le 24 Décembre 1953.

Puis l'enfant reste 10 mois en convalescence à Margency.

Revue en Février 1957, l'examen clinique est normal. Son QI est alors de 81.

1959 : 14 ans. Elle va bien. Régulée depuis 1 an.

C'est une enfant gentille, aimable, complaisante, mais qui s'impatiente vite.

Elle suit régulièrement l'école ; elle est dans la classe préparatoire du certificat : 2 ans de retard. 38ème sur 39. Le calcul est assez bon, mais elle est très faible en orthographe. Elle a beaucoup de difficultés malgré sa bonne volonté.

OBSERVATION N° 28.

LEF... Maryvonne, 6 ans 1/2, entre dans le Service le 22 Décembre 1953.

Primo-infection à l'âge de 4 ans.

En Novembre 1953, apparition de troubles du caractère, puis fièvre et vomissements.

A l'entrée : indifférence totale, mutisme. Pas de signes méningés. Conscience normale.

P.L. : 224 éléments - 0,40 g d'albumine.

F.O. : normal.

E.E.G. : modérément altéré, type II.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 15 mg	}	Pendant 1 mois.
I.N.H. 10 mg		

Voie générale : streptomycine 0,75 g tous les jours pendant 1 mois, puis tous les 3 jours pendant 1 mois 1/2 - total 2 mois 1/2.

I.N.H. : 500 mg soit 30 mg/kg pendant 1 an .

P.A.S. : 7,5 g pendant 4 mois.

Evolution : température normale en 4 jours. Comportement redevenu normal au bout d'1 mois. L.C.R. normal en 2 mois 1/2, donc très rapidement.

F.O. : signe de choroidite pigmentaire.

Audiogramme normal.

E.E.G. amélioré progressivement en 4 mois.

Sortie le 1er Juin 1954.

Convalescence pendant un an à Margency.

2ème hospitalisation en Janvier 1956, pour crises convulsives généralisées.

L'E.E.G. montre des pointes typiques localisées à la région pariéto-temporale postérieure gauche.

On prescrit un traitement de Gardénal de 0,04 g/jour, qui est suivi pendant 3 mois.

En décembre 1956, l'E.E.G. est amélioré : dysrythmies sans pointes ondes localisées.

En Janvier 1957, elle refait deux crises convulsives typiques. Il n'y a aucun signe clinique. Le comportement est normal. Elle suit bien l'école.

1959 : 12 ans. Depuis 2 ans, elle fait des crises convulsives généralisées de temps à autre, en rapport avec l'arrêt momentané du traitement. L'examen clinique est normal.

C'est une enfant affectueuse, qui s'entend bien avec ses camarades et ses soeurs, et participe à leurs jeux.

Du point de vue scolaire, elle a deux ans de retard. Elle a des difficultés pour apprendre ses leçons et du mal à suivre. 25ème sur 34 élèves. Elle est très faible en orthographe, mais cherche à bien faire et sa maîtresse pense qu'elle pourra faire des progrès cette année.

Son QI mesuré au Binet Simon est de 72.

L'E.E.G. montre un rythme de fond pointu avec quelques éléments plus lents. La SLI est légèrement activante, faisant apparaître des éléments lents. L'hyperpnée est sans effet.

OBSERVATION N° 29.

PIA... Liliane, 7 ans, est hospitalisée le 3 Octobre 1953 pour fièvre inexpliquée évoluant depuis deux mois.

A l'entrée : Cuti et ID sont négatives à deux reprises.

F.O. : normal. V.S. accélérée. E.E.G. à peine perturbé.

Aucun signe méningé. Amaigrissement.

Indifférence à ce qui l'entoure.

Le 1er Novembre 1953, on fait une P.L. : 146 éléments, 2,40 g d'albumine, BK à l'examen direct.

Le diagnostic est posé.

Traitement : voie locale; streptomycine 20 mg } Pendant
I.N.H. 10 mg } 3 mois.

Voie générale : Streptomycine 1 g pendant 3 mois;

P.A.S. 7,5 g pendant 7 mois.

I.N.H. 500 mg soit 30 mg/kg pendant
13 mois.

Evolution : Coma le lendemain de la P.L. qui persiste pendant 2 mois, suivi d'une obnubilation pendant 3 mois.

Trois semaines après le début du traitement, constitution d'une hémiplégie droite avec paralysie faciale qui ne régresse pas et aphasie. La parole redevient possible en Mars 1954.

Une encéphalographie gazeuse en Décembre 1953 montre une grosse dilatation ventriculaire.

L'E.E.G. de type III pendant le coma, est très amélioré à la sortie.

Le L.C.R. est normal après 4 mois I/2.

Sortie en Mai 1954, avec grosse séquelle hémiplégique.

En Mai 1958, l'enfant est revue. Elle a un bon aspect avec une légère obésité. L'hémiplégie droite est importante, avec troubles de la marche, pied tombant, hypertonie. Il n'y a pas de troubles caractériels. Son QI est de 79.

E.E.G. : tracé pointu, rapide et irritatif. Hyperpnée positive. SLI très activante, faisant apparaître des bouffées d'ondes lentes et de pointes ondes généralisées.

1959 : 13 ans - L'obésité s'est accentuée depuis un an.

Hémiplégie droite toujours importante avec troubles de la marche. Elle se sert mal de sa main droite. Paralysie faciale très prononcée.

C'est une enfant calme, dolente, très affectueuse, qui a bon caractère et s'entend bien avec son frère et ses camarades.

Du point de vue scolaire, elle a 3 ans de retard et a beaucoup de mal à suivre sa classe. Elle ne fait aucun progrès.

L'E.E.G. montre un tracé de repos légèrement plus altéré que le précédent. Rythme de fond irritatif asymétrique avec quelques éléments paroxystiques et des bouffées de rythmes rapides peu amples. L'hyperpnée est activante ainsi que la SLI.

OBSERVATION N° 30.

PER... Daniel, 4 ans 1/2, est hospitalisé le 31 Mai 1952 pour syndrome méningé.

Début 15 jours avant par : vomissements, asthénie, puis céphalée, somnolence, raideur de la nuque.

A l'entrée : somnolence, raideur méningée. Cuti +.

P.L. : 85 éléments, I, 60 g d'albumine, BK + à l'examen direct.

F.O. : léger flou papillaire bilatéral.

E.E.G. : très altéré, type III.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 15 mg)	
I.N.H. 15 mg)	Pendant 4 mois.

Voie générale : streptomycine 0,75 g tous les jours pendant 4 mois, puis tous les 3 jours pendant 1 mois ; au total 5 mois.

P.A.S. : 7,5 g pendant 4 mois.

I.N.H. : 400 mg, soit 30 mg/kg pendant 13 mois.

Evolution : Etat général amélioré au bout de 15 jours.

L.C.R. normal au 5ème mois.

F.O. : normal au bout de 2 mois.

Une encéphalographie gazeuse faite en Juin 1952 montre une dilatation ventriculaire assez importante.

L'E.E.G. après une amélioration montre une aggravation en Décembre 1952 : ondes lentes postérieures droites.

Sortie le 3 Janvier 1953.

Convalescence pendant un an à Margency.

En Novembre 1953, l'E.E.G. montre de légers signes évolutifs.

En Juillet 1954, E.E.G. : Importantes séquelles irritatives.

En Octobre 1955 : reprise normale de l'école. Va bien.

1959 : 12 ans. L'examen clinique est entièrement normal. Il n'a aucun trouble du caractère.

Du point de vue scolaire, il a 2 ans de retard, mais il suit bien et se classe dans les premiers. C'est un élève sérieux, travailleur, appliqué, calme, doux, mais un peu mou, de compréhension lente mais sûre.

Le test de Binet Simon montre un QI de 80.

L'E.E.G. montre un tracé de repos très ample très pointu, très irritatif. Les épreuves d'activation sont sans effet.

OBSERVATION N° 31.

RIS... Jacques, 4 ans 1/2, entre dans le Service le 29 Novembre 1952 pour virage de cuti.

Début 3 semaines avant par : asthénie, anorexie, puis fièvre Cuti phlycténulaire juste avant l'entrée.

A l'entrée : aucun signe clinique.

Le 5ème jour : aggravation somnolence puis subcoma, léger strabisme interne de l'oeil droit.

F.O. : Normal.

P.L. : 369 éléments - 3 g d'albumine.

E.E.G. : type III.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 25 mg } Tous les jours
I.N.H. 15 mg } pendant 5 mois
I jour sur 2 pendant 1 mois au total : 6 mois.

Voie générale : streptomycine 0,75 g
Tous les jours pendant 5 mois }
puis tous les 3 jours pendant 1 mois } 6 mois.

P.A.S. : 7,5 g pendant 4 mois,

I.N.H. : 450 Mg, soit 30 mg/kg pendant 5 mois.

puis 600 mg pendant 8 mois ; au total 13 mois.

Evolution : nette amélioration au bout d'un mois. Encéphalographie gazeuse : dilatation légère bilatérale. Audiogramme : normal.

E.E.G. presque normal à la sortie.

F.O. toujours normal.

Sortie le 6 juillet 1953 en bon état.

Puis l'enfant est resté un an en convalescence à Margency.

En Octobre 1954, l'E.E.G. est sensiblement normal.

1959 : 11 ans. Examen clinique entièrement normal. Vers l'âge de 9 ans, il a eu quelques troubles du caractère : colères, irritabilité, jalousie vis-à-vis de son frère jumeau. Il n'en persiste rien actuellement. C'est un enfant affectueux, qui aime bien son frère.

Il travaille très bien à l'école. Il est en classe de 6ème, classe de son âge, donc pas de retard scolaire. A une excellente mémoire.

OBSERVATION N° 32.

DRO... Nicole, 5 ans, est hospitalisée dans le Service le 15 Janvier 1952, pour fièvre persistant un mois et demi après virage de cuti. Quinze jours avant l'entrée, apparition de céphalée, et constipation.

A l'entrée : Signes méningés peu parqués. Pas de trouble de la conscience.

P.L. : 97 éléments - I,50 g d'albumine - BK + à la culture.

F.O. : Normal.

Radio thorax : opacité hilaire, image ganglionnaire.

E.E.G. : peu altéré, type II.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 20 mg tous les jours pendant 3 mois.

Ensuite I.N.H. 10 mg tous les jours pendant 1 mois.

Puis tous les 2 jours pendant 45 jours,

- Au total 2 mois I/2.

Traitement I.R. au total : 5 mois I/2.

Voie générale : streptomycine 0,75 g tous les jours pendant 3 mois.

P.A.S. 5 g pendant 6 mois I/2.

Disulone per os pendant 3 mois.

I.N.H. commencé au bout de 3 mois : 350 mg pendant 1 an, soit 30 mg/kg.

Evolution : Température normale au bout de 2 mois. Etat général nettement amélioré à la fin du 1er mois.

F.O. toujours normaux.

L.C.R. normal au bout de 4 mois.

Radio poumons normale après 5 mois.

Audiogramme : diminution de l'audition de 14 % au bout de 3 mois ; diminution de 38 % au bout de 6 mois (malgré l'arrêt de la dihydrostreptomycine).

Encéphalographie gazeuse : dilatation ventriculaire modérée.

E.E.G. reste encore al téré à la sortie.

Sortie le 31 Août 1952 : séquelle : demi-surdité.

Séjour de 8 mois à Margency.

L'enfant a conservé pendant 18 mois après sa sortie de Trousseau des troubles vestibulaires : vertiges intenses, troubles de l'équilibre et vomissements.

En Mai 1953, un test donne un QI à 96.

L'audiogramme montre un déficit auditif de 20 %, donc amélioration.

En 1954, l'enfant a commencé à aller à l'école de plein air. L'E.E.G. s'est un peu aggravé sur le précédent.

En 1955, on note un bon travail scolaire, mais de l'agitation à la maison. L'E.E.G. est toujours perturbé, de type irritatif.

En 1957, la surdité s'est un peu améliorée. Elle travaille toujours bien. L'E.E.G. montre les même anomalies.

Un test donne un QI de 80.

En décembre 1959 : 13 ans. - Nicole va bien. L'examen clinique est normal. Elle n'a aucun trouble vestibulaire. Elle conserve une demi-surdité. Elle n'est pas encore réglée.

Elle va toujours à l'école de plein air, n'a pas de retard scolaire.

Elle est très docile à l'école. Très bonne en français, moins bonne en calcul. Elle a une bonne mémoire, mais a quelques difficultés de langage lorsqu'il s'agit de s'exprimer oralement. Assez opposante et autoritaire, elle conserve néanmoins de bonnes relations avec ses camarades.

Le test de Wechsler donne un QI de 95, mais montre une discordance importante entre les épreuves verbales souvent médiocres et les épreuves de performance où elle excelle.

L'E.E.G. montre un tracé spontané normal. L'hyperpnée est devenue sans effet, ainsi que la SLI.

3ème GROUPE.

OBSERVATION N° 33.

CAB... Pierre, 20 mois, est hospitalisé le 25 Septembre 1956 pour syndrome méningé.

Début 15 jours avant par fièvre persistant après un épisode diarrhéique.

A l'entrée : somnolence, syndrome méningé.

F.O. : oedème papillaire bilatéral.

P.L. : 455 éléments - 2,75 g d'albumine - BK + à l'examen direct.

E.E.G. : très profondément altéré, type IV.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 10 mg	}	Pendant 9 jours.
I.N.H. 10 mg		
Hydrocortisone 10 mg		

Voie générale : streptomycine 0,50 g tous les jours pendant 1 mois, puis tous les 3 jours pendant 2 mois, au total 3 mois.

I.N.H. 300 mg, soit 30 gm/kg pendant 18 mois.

Cortancyl 25 mg pendant 45 jours.

Evolution : état clinique rapidement amélioré.

L.C.R. subnormal au bout d'1 mois.

Varicelle pendant son séjour.

Un test fait en Avril 1957 donne un âge mental de 18 mois pour 26 mois d'âge réel.

E.E.G. voisin de la normale à la sortie.

Sortie le 20 Avril 1957, en excellent état.

Puis un an de convalescence à Bullion.

En Mars 1958, E.E.G. encore un peu altéré quelques ondes lentes.

En décembre 1958, l'enfant est en bon état ; l'examen est entièrement normal.

1959 : 4 ans 1/2 - Il va très bien. Il fait quelques colères, mais pas d'opposition dans sa famille ni à l'école maternelle où il va depuis quelques mois.

Mais il reste très instable.

Le test de Terman Merrill donne un Q.I. de 87.

Le Porteus, difficile à faire effectuer par l'enfant car réaction d'opposition, donne un âge mental d'environ 5 ans.

L'E.E.G. donne un tracé spontané amélioré. On note encore un léger ralentissement diffus. Hyperpnée assez nettement activante.

SLI sans effet.

OBSERVATION N° 34.

RIC... Martine, 2 ans, est hospitalisée le 20 Novembre 1956, pour Cuti +, accompagnée d'un tableau de céphalées, anorexie, vomissements et fièvre durant depuis 8 jours.

A l'entrée : conscience normale. Pas de signes méningés.

P.L. : 200 éléments - 0,80 g d'albumine. BK + à l'examen direct.

F.O. : normaux.

Radio thorax : opacité hilairaire droite.

E.E.G. : très perturbé, type III.

Traitement : voie locale : streptomycine 10 mg)
I.N.H. 10 mg } Pendant 8 jours
Hydrocortisone 10 mg)

Voie générale : streptomycine 0,50 g tous les jours pendant 1 mois, puis 1 jour sur 2 pendant 2 mois - au total 3 mois.

I.N.H. 300 mg, soit 30 mg/kg, pendant 1 an.

Cortancyl 25 mg pendant 2 mois 1/2.

Evolution : amélioration rapide.

L.C.R. normal en 3 mois 1/2.

E.E.G. très amélioré à la sortie, mais avec quelques anomalies.

Sortie le 27 Mars 1957, en bon état.

L'enfant reste un an en convalescence en Haute Savoie.

1959 : 5 ans. L'examen clinique est entièrement normal. Elle n'a aucun trouble du caractère. Très nerveuse et très turbulente à la maison.

A l'école maternelle, au contraire, c'est une enfant calme, docile, gaie, qui s'intéresse aux différentes activités, comprend et aime les contes, les histoires. Toutefois, elle répond timidement aux questions. Elle a les réactions d'un enfant de son âge devant le dessin et l'initiation à l'écriture. Elle est adroite en exercices manuels. En exercices physiques, elle comprend les mouvements et les exécute bien.

Son Q.I. mesuré au Binet Simon est de 108.

L'E.E.G. montre un tracé spontané, yeux ouverts et yeux fermés, instable et irrégulier, plus altéré que le précédent. La fermeture des yeux fait apparaître des éléments lents. L'hyperpnée est nettement active. SLI Sans effet.

OBSERVATION N° 35.

ROU... Guy, 2I mois, est hospitalisé le I8 Mai I955 pour syndrome méningé.

Trimo-infection en Décembre I954 (I6 mois), traitée par streptomycine (I5 jours), et I.N.H. (3 mois).

8 jours avant l'hospitalisation : altération brutale de l'état général puis apparition de signes méningés.

A l'entrée : Coma complet, plafonnement. Syndrome méningé. Hémiparésie gauche. Troubles bulbaires.

P.L. : 364 éléments, 2,40 g d'albumine.

F.O. : normaux.

E.E.G. : très profondément altéré, type IV.

Traitement :

Voie locale : streptomycine I5 mg	) Tous les jours pendant I mois ;
	) I jour sur 2 pendant
I.N.H. I5 mg	) I5 jours.

Voie générale : Streptomycine 0,50 g tous les jours pendant I mois ; I jour sur 2 pendant 2 mois - au total : 3 mois.

I.N.H. 400 mg, soit 30 mg/kg pendant I8 mois.

P.A.S. 3 g pendant 4 mois I/2.

Hydrocortisone per os à partir du 20ème jour.
60 mg pendant I4 jours.

Evolution : Les troubles de la conscience persistent un mois, troubles neurologiques. Hémiparésie gauche avec hypotonie pendant IO jours, puis hypertonie au membre supérieur surtout. Amélioration progressive à partir du 6ème mois.

Au cours des six premières semaines : myoclonies des extrémités des deux membres supérieurs et décharges convulsives de l'hémicorps droit. Au 6ème mois, réapparaissent des décharges cloniques de tout le corps pendant 40 jours.

La température redevient normale en I2 jours. Rechute au 2ème mois à l'occasion d'une surinfection méningée à staphylocoque.

F.O. : I tubercule choroidien au 15ème jour cicatrisé en 1 mois.

E.E.G. : au premier mois type IV, avec quelques pointes.

au deuxième mois type III, avec nombreuses pointes ondes.

Amélioration au 6ème mois, majorée au 9ème mois, mais l'enfant est sous traitement anticonvulsif.

En céphalographie gazeuse au 5ème mois : énorme dilatation ventriculaire.

Sortie le 28 Février 1956, avec grosses séquelles épileptiques et hémiplogiques, permettant toutefois à l'enfant de marcher seul.

En Juillet 1956, l'enfant marche facilement, il parle normalement, n'a pas de troubles du caractère et n'a pas refait de crises convulsives depuis sa sortie.

L'E.E.G. est toujours très perturbé.

En Septembre 1956, apparition plusieurs fois par jour de secousses brutales du membre supérieur gauche, qui se met en extension pendant quelques secondes avec fixité du regard.

On prescrit un traitement au Gardéнал : 6 cg.

En Mai 1957 : un test donne un âge mental entre 2 ans 1/2 et 3 ans pour 3 ans 9 mois, mais l'enfant est handicapé par une instabilité permanente.

L'E.E.G. montre des pointes ondes et ondes lentes à droite et une activité rapide à gauche.

En Février 1958, les secousses brutales du membre supérieur gauche ont disparu pour faire place à des crises plus frustes survenant plusieurs fois par jour et sans perte de conscience.

Un test donne un âge mental entre 3 ans 1/2 et 4 ans, pour 4 ans 1/2 d'âge réel.

En Décembre 1959 - 6 ans 1/2 - L'enfant n'a plus de traitement anticonvulsif depuis 10 mois et n'a fait aucune crise comitiale ni spasmes en extension du membre supérieur gauche depuis cet arrêt.

L'hémiplégie gauche persiste ; il y a un raccourcissement de 1 cm du membre inférieur gauche. L'enfant marche assez bien avec un léger steppage. Il reste surtout gêné pour exécuter les mouvements des doigts de la main gauche.

Du point de vue scolaire, Guy redouble le cours préparatoire. En lecture, il connaît les voyelles et certaines consonnes, mais ne fait pas l'association. Il a une bonne mémoire auditive. Il sait compter jusqu'à 10, mais n'a pas le sens de l'opération. Il écrit presque correctement ses lettres et son cahier est assez propre. Il a de grosses difficultés pour le travail manuel ; il ne sait pas découper.

Il y a une amélioration cette année et l'enfant semble plus adapté à l'école que l'année précédente qui avait été déplorable tant du point de vue caractériel que travail scolaire. Toutefois, son niveau reste inférieur à celui du cours préparatoire.

Son Q.I. mesuré par le test de Binet Simon est de 70, avec un âge de base de 3 ans.

L'E.E.G. montre un tracé en amélioration sur le précédent. Les pointes ondes droites sont moins nombreuses. Très importante activité rapide pathologique dans les dérivations gauches. La SLI est assez nettement activante.

OBSERVATION N° 36.

CRE... Gérard, 3 ans 1/2, entre dans le Service le 4 Janvier 1956, pour épisode fébrile.

Cuti positive le 15 Novembre 1955, sans manifestation cliniques.

A l'entrée : Rhino-pharyngite. Pas de signes méningés ou neurologiques. Conscience normale.

Le 7 Janvier, apparition de céphalées, vomissements, hostilité, altération de l'état général.

F.O. : normaux.

P.L. : 764 éléments - I g d'albumine, tuberculise le cobaye.

E.E.G. : type III.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 10 mg	}	Pendant 26 Jours.
I.N.H. 10 mg		
Hydrocortisone 10 mg		

Voie générale : streptomycine 0,50 g tous les jours pendant 1 mois, puis 1 jour sur 3 pendant 2 mois - au total : 3 mois.

I.N.H. 450 mg, soit 30 mg/kg, pendant 13 mois.

P.A.S. 3,75 g pendant 26 jours.

Cortancyl 20 mg pendant 51 jours.

Evolution : Amélioration rapide de cette méningite traitée dès le premier jour.

E.E.G. presque normal à la sortie, mais hyperpnée activante.

Sortie le 15 Mai 1956, sans sequelles.

Convalescence d'un an à Bullion.

1958 - 6 ans. Bon état général. Pas de troubles caractériels ni psychiques. L'enfant a commencé l'école en Octobre 1958.

L'E.E.G. montre un tracé spontané normal, mais l'hyperpnée est légèrement activante. SLI sans effet.

1959 : 7 ans. Gérard va bien. L'examen clinique est normal.

Du point de vue scolaire, il redouble le cours préparatoire et suit la classe normalement cette année. Il a donc un an de retard. Il est 12ème sur 35. Sa matière préférée est le calcul. Son comportement est normal avec le maître et ses camarades. La discipline est assez bonne. Il paraît plus intéressé à son travail que l'année dernière et semble pouvoir suivre normalement le cours préparatoire.

Son Q.I. mesuré au Binet Simon est de 93.

OBSERVATION N° 37.

CHE... Gislaine, 7 ans 1/2, entre dans le Service le 10 Mars 1957, pour syndrome méningé.

Début 3 jours avant par : vomissements, fièvre, Patch +.

A l'entrée : Syndrome méningé. Conscience normale.

P.L. : 870 éléments - 0,70 g d'albumine.

F.O. : normaux.

Radio thorax : opacité hilare gauche.

Tubage gastrique : BK +, une seule fois à l'entrée.

E.E.G. : légères altérations passagères, type II.

Traitement : Voie générale :

Streptomycine 0,75 g tous les jours pendant 1 mois, puis tous les 2 jours pendant 2 mois ; au total : 3 mois.

I.N.H. 450 mg, soit 25 mg/kg ; pendant 1 mois, puis 600 mg par jour pendant 15 mois ; au total : 16 mois.

Cortancyl 40 mg pendant 2 mois.

Pas de traitement intra-rachidien.

Evolution : Amélioration rapide de l'état général et du L.C.R.
Audiogramme normal.

E.E.G. à la sortie : rythme sensiblement normal, légèrement irritatif. La SLI fait apparaître des myoclonies.

Sortie le 1er Juillet 1957 : sans séquelles.

L'enfant reste en convalescence pendant 1 an à Margency.

1959 - 10 ans. L'examen clinique est normal, mais on note un certain degré d'instabilité motrice. L'année dernière, l'enfant faisait des colères fréquentes ; cette année, il y a une amélioration du caractère.

L'enfant a repris l'école en Octobre 1958. Pendant l'année 58-59, le travail a été bon dans l'ensemble, mais irrégulier. Depuis le mois d'Octobre 1959, elle a changé d'école et le travail scolaire semble moins bon. L'ensemble des résultats est très faible. C'est une enfant craintive, qui s'enferme souvent dans le mutisme. Elle reste isolée, a peu de camarades et recherche celles qui la protègent.

Son Q.I. mesuré au Binet Simon est de 103.

L'E.E.G. montre un tracé de repos d'aspect irritatif. L'hyperpnée est activante. La SLI sans effet.

OBSERVATION N° 38.

CAB... Nathalie, 3 ans 1/2, est hospitalisée le 7 Février 1957, pour syndrome méningé.

Début 8 jours avant par vomissements et fièvre.

A l'entrée : conscience normale. Déshydratation. Signes méningés peu nets. Cuti +.

F.O. : normaux.

P.L. : 224 éléments - I,30 g d'albumine - BK + à l'examen direct.

E.E.G. très altéré, type III.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 10 mg	}	Pendant 26 jours.
I.N.H. 10 mg		

Voie générale : streptomycine 0,60 g tous les jours pendant 1 mois, puis tous les 3 jours pendant 2 mois - au total : 3 mois.

I.N.H. 300 mg, soit 30 mg/kg, pendant 1 an,

Cortancyl 25 mg pendant 2 mois.

Evolution : élévation éphémère des éléments au 8ème jour, puis baisse progressive et régulière.

Prise de poids de 5 kg pendant son séjour.

E.E.G. : subnormal à la sortie.

Sortie le 3 Juin 1957, sans séquelle.

Puis l'enfant reste 10 mois en convalescence à Margency.

Elle commence l'école en Octobre 1958.

En Décembre 1958, elle va bien, mais est instable à la maison ; un rien la contrarie ; par contre, elle est calme à l'école.

L'E.E.G. montre un tracé encore latéré. Dans les dérivations postérieures : nombreux éléments lents ou pointus lents d'allure paroxystique. SLI sans effet.

En Novembre 1959 - 6 ans - Examen clinique normal. Pas de troubles caractériels.

Elle est dans le cours préparatoire, classe de son âge. Elle reconnaît les voyelles et les consonnes, mais ne les associe pas encore. L'écriture est passable. Le calcul est nul.

La discipline est bonne, mais l'enfant est parfois très têtue.

Elle ne semble pas avoir réalisé la différence entre l'école maternelle et l'école primaire. Elle se considère toujours comme un bébé.

Son Q.I. mesuré au Binet Simon est de 95.

L'E.E.G. est nettement amélioré. Le rythme de fond est très voisin de la normale. L'hyperventilation est légèrement activante. La SLI est sans effet.

OBSERVATION N° 39.

EVA... Chantal, 3 ans, est hospitalisée le 8 Juillet 1955 pour syndrome méningé.

Primo-infection en Mars 1955.

8 jours avant l'entrée : vomissements, asthénie, anorexie puis somnolence, constipation.

A l'entrée : Subcoma. Signes méningés.

Pas de troubles bulbaires.

F.O. : normaux.

P.L. : 170 éléments, 0,60 g d'albumine, BK + à l'examen direct.
0,20 g de sucre, 6,45 g de chlorures.

Radio thorax : adénopathie hilare gauche.

E.E.G. : type IV.

Traitement :

Voie locale : streptomycine 10 mg pendant 10 jours,

I.N.H. 10 mg pendant 1 mois

Hydrocortisone 10 mg pendant 15 jours.

Voie générale : streptomycine 0,50 g tous les 2 jours pendant 3 mois.

P.A.S. 5 g pendant 1 mois 1/2.

I.N.H. : 400 mg, soit 40 mg/kg, pendant 3 mois puis 250 mg pendant 16 mois - au total : 19 mois.

Hydrocortisone : 50 mg pendant 20 jours.

Evolution : rapidement favorable.

Température normale en 10 jours. Prise de poids régulière.

Subcoma pendant 3 semaines, sans signes neurologiques.

Au 2ème mois, surinfection méningée à staphylocoques.

F.O. : toujours normaux.

E.E.G. amélioré à partir du 2ème mois, normal après 3 mois.

Audiogramme normal.

Un test de Borel Maissonny donne un âge mental normal.

Sortie : En Janvier 1956, sans séquelle.

Puis convalescence à Bullion pendant 15 mois.

L'enfant a commencé l'école en Octobre 1958.

Un test fait en Décembre 1958 donne un Q.I. de 86.

1959 : 7 ans. Chantal va bien. L'examen clinique est normal. La nervosité constatée à la sortie de Bullion s'améliore bien. Elle s'entend bien avec ses camarades et ses frères et soeurs.

A l'école, Chantal redouble le cours préparatoire. Elle a fait des progrès sur l'année dernière. L'écriture est plus régulière, alors qu'elle a mis plusieurs mois pour suivre normalement les lignes du cahier. Le mécanisme de la lecture est acquis. Elle orthographie bien les mots simples. En calcul, les résultats sont nuls. Elle est maladroite en dessin. Elle articule très mal en récitant et trébuche pour répéter une phrase. Surtout, elle est instable, se fatigue vite, ne pouvant suivre la classe tout le jour.

Le test de Terman Merrill donne un Q.I. de 88, avec un âge de base de 4 ans.

Les cubes de Kohs donnent un Q.I. de 102.

Le Porteus montre un âge mental inférieur à 5 ans. Il y a un retard de socialisation.

L'E.E.G. montre un tracé de repos voisin de la normale. Les épreuves d'activation sont sans effet notable.

OBSERVATION N° 40.

MAS... Daniel, 3 ans, est hospitalisé le 8 Juin 1954, pour syndrome méningé.

Altération progressive de l'état général depuis Avril 1954.

Vers le 15 Mai 1954 : fièvre en plateau à 38°.

Trois jours avant l'entrée : changement de caractère, somnolence, fièvre. Cuti +.

A l'entrée : Tableau typique de méningite tuberculeuse en période d'état : coma complet avec incontinence sphinctérienne. Signes méningés. Déshydratation. Troubles bulbaires. Signes neurologiques : clonus des deux pieds, petits mouvements convulsifs de l'hémiface gauche.

Fond d'oeil : oedème papillaire.

P.L. : 200 éléments - 2,20 g d'albumine - 0,24 g de sucre - 5,40 g de chlorures. B.K. + à l'examen direct.

Radio thorax : petites opacités hilaires droites.

E.E.G. : type IV.

Traitement : Voie générale.

Streptomycine 0,75 g par jour pendant 3 mois.

P.A.S. : 5 g pendant 2 mois I/2.

I.N.H. : 400 mg, soit 30 mg/kg pendant 15 mois.
cortisone (début au 15ème jour) 150 mg pendant

14 jours.

Voie locale :

Hydrocortisone (début au 15ème jour) : 15 mg pendant 14 jours, remplacée alors par :

Streptomycine 15 mg	} Pendant 1 mois.
I.N.H. 10 mg	

Evolution : Etat général très grave pendant les premiers mois. Troubles de la déglutition obligeant à alimenter par sonde. Hématurie au 2ème mois, sans récurrence.

A partir du 4ème mois, amélioration progressive.

Fièvre oscillante pendant 2 mois I/2. Normale au 5ème mois.

Signes neurologiques : survenue au cours des deux premiers mois d'une quadriplégie spasmodique à installation progressive avec crises convulsives généralisées.

F.O. : apparition progressive au cours du 3ème mois d'une atrophie optique puis cécité.

E.E.G. : amélioration au 4ème mois. Aggravation à partir du 8ème mois : type comitial. Amélioration à la fin de la 1ère année. Réaggravation au bout de 1 an 1/2.

Encéphalographie gazeuse : dilatation ventriculaire considérable et généralisée.

Sortie le 18 Mars 1956 : abolition totale de toute vie psychique et affective : idiotie totale, inconscience. Cécité. Quadriplégie spasmodique avec rétractions musculaires importantes et diffuses, et déformations articulaires. Crises convulsives.

L'enfant est placé actuellement et son état est stationnaire.

OBSERVATION N° 41.

VIE... Jean-Claude, 5 ans, entre dans le service le 7 Janvier 1956, pour céphalée, vomissements, fièvre, somnolence depuis 5 jours.

Cuti négative en Décembre 1955.

A l'entrée : hostilité, mais conscience normale. Cuti +.

Léger Kernig. Parésie du VI gauche.

F.O. : normaux.

P.L. : 579 éléments - I,30 g d'albumine, tuberculisant le cobaye.

E.E.G. : type II.

Radio thorax : ganglion hilaire.

Traitement : Voie locale : streptomycine 10 mg }
I.N.H. 10 mg } Pendant 20 jours
Hydrocortisone 10 mg }

Voie générale : streptomycine 0,50 g pendant 3 mois,

P.A.S. 3,75 g tous les 2 jours pendant 10 jours.

I.N.H. 400 mg, soit 30 mg/kg pendant 18 mois.

Cortancyl : 20 mg pendant 2 mois.

Evolution : Les signes méningés et l'hostilité disparaissent en 8 jours. Température normale en 8 jours.

F.O. toujours normaux.

L.C.R. subnormal en 1 mois. Normal au bout de 2 mois;

E.E.G. amélioré après 15 jours. Normal après 3 mois.

L'audiogramme montre une très faible atteinte du côté droit, disparue par la suite.

Sortie en Mai 1956, sans séquelles.

Puis l'enfant reste 13 mois en convalescence à Bullion.

En Mars 1957, un E.E.G. montre un ralentissement diffus du rythme de fond et quelques éléments dispersés plus lents que la normale. Hyperpnée activante. SLI sans effet.

1959 : 8 ans 1/2 - L'examen clinique est normal bien qu'on note une instabilité marquée. L'enfant présente de gros troubles caractériels qui ont commencé 3 mois après son retour dans sa famille et qui vont en s'aggravant. Il s'agit essentiellement d'une agressivité importante vis-à-vis de sa mère : l'enfant ne l'écoute pas, se met en colère contre elle, va jusqu'à l'insulter et l'injurier, bien que celle-ci la cajole et la défende contre son père qui est plus sévère. Ses parents sont en désaccord sur son éducation : mère trop indulgente, père trop sévère. Dans la famille il y a 3 autres enfants plus jeunes. Jean-Claude est affectueux avec ses jeunes soeurs, mais il se bat durement avec son frère de 5 ans.

Il a un très gros retard scolaire : il commence seulement à apprendre à lire. A l'école, son instabilité est également très grande. En Octobre, il doit être placé dans un Institut médico-pédagogique.

Son Q.I. mesuré au Binet Simon est de 65.

OBSERVATION N° 42.

VAR... Suzanne, 7 ans, est hospitalisée le 30 Mars 1956 pour syndrome méningé.

Cuti + en 1952.

Début 8 jours avant l'entrée par : céphalée, vomissements, constipation, fièvre, asthénie, anorexie.

A l'entrée : conscience normale. Légère raideur de la nuque.

P.L. : 220 éléments - 0,80 g d'albumine - BK + à l'examen direct.

F.O. : oedème papillaire.

E.E.G. : très perturbé, type IV.

Traitement : Voie locale : streptomycine 10 mg)
I.N.H. 10 mg } Pendant 16 jours
Hydrocortisone 10 mg)

Voie générale : streptomycine 0,75 g pendant 3 mois.

I.N.H. 600 mg, soit 30 mg/kg pendant 1 an.

cortancyl 30 mg pendant 1 mois 1/2.

Evolution : température normale et signes cliniques disparus en 15 jours. Prise de poids de 5 kgs. en deux mois.

L.C.R. normal en 2 mois.

F.O. : normal en 1 mois.

E.E.G. : amélioration progressive, mais il persiste une hyperactivité à la SLI avec myoclonies typiques.

Audiogramme normal.

Sortie en Juillet 1956, sans séquelle, sinon électriques.

En Septembre 1957, un E.E.G. montre un tracé de base plus stable, mais la SLI est activante faisant apparaître des myoclonies, sans traduction clinique.

1959 : 10 ans -Suzanne va bien. L'examen clinique est normal. Elle n'a pas de troubles caractériels. Fille unique, elle est très gâtée par sa mère.

Du point de vue scolaire, elle a repris l'école en Octobre 1957. Actuellement en classe de 8ème, elle a un an de retard, mais suit très bien. Elle est 19ème sur 35. C'est une élève un peu faible en orthographe, bonne en arithmétique et qui a une certaine maturité pour les rédactions. Elle a quelques difficultés pour apprendre ses leçons. Elle est très ouverte, spontanée, éveillée, capable de réflexion, mais un peu instable et irrégulière dans son travail. Elle a de la difficulté à se maîtriser pendant un temps prolongé. Avec ses camarades, Suzanne est très liante, mais un peu brusque, voulant souvent imposer sa volonté.

Son Q.I. mesuré par le test de Binet Simon est de 115.

L'E.E.G. montre un rythme de base ample et bien modulé sur les régions postérieures, un peu trop lent sur les régions antérieures. L'hyperpnée et la SLI sont activantes faisant apparaître des ondes lentes mêlées de pointes sans phénomènes cliniques.

L E G E N D E .

Troubles de la conscience :

- +++ Coma complet.
- ++ Coma vigil, somnolence accentuée.
- + Obnubilation

- F.O. :
- ++ Oedème papillaire important.
 - + Oedème modéré.

Encéphalographie gazeuse :

- +++ Dilatation énorme
- ++ Dilatation moyenne
- + Dilatation légère

Séquelles :

- +)
- ++ } SUIVANT L'IMPORTANCE
- +++)

Retard intellectuel :

- +++ QI inférieur à 70
- ++ QI entre 70 et 80
- + QI entre 80 et 90

Ier GROUPE			BAL. ⁹	BUI. ¹⁰	BRU. ¹¹	GIB. ¹²	GUI. ¹³	LAU. ¹⁴	RIE. ¹⁵	ROU. ¹⁶
NOMS			J.M.	Ric.	Gen.	Gis.	Ger.	Bern.	Eugè.	Moni.
AGE			6a1/2	5 ans	13a1/2	3a1/2	7 ans	4a1/2	4a1/2	10ans
TROUBLES DE LA CONSCIENCE			+			++	++	++	+	
F.O.			+					++		
E.E.G. (Type)			II		I					
DATE DE DEBUT DU TRAITEMENT			8 j.	1m.	0	1 m.	8 j	3sem.	8 j.	9 j.
Traite- ment Strepto- mycine	Voie Géné- rale	DUREE	8 mois	8m1/2	1 an	5m1/2	9 mois	10m1/2	1m1/2	6mois
	DOSE QUOTID.		1 g	1 g	1,50g	0,50g	1 g	1 g	1 g	2 g
	Voie loca- le.	DUREE	7m1/2	6mois	10 m.		15 j.	9mois	1mois	
	DOSE QUOTID.		25 mg	25 mg	25 mg		10 mg	25 mg	10 mg	
ENCEPHALOGRAPHIE GAZEUSE				+				++	+++	
SE- QUEL- LES.	SURDITE		++							
	HEMIPLEGIE							++		
	EPILEPSIE									
	TROUBLES CARACTERIELS							++		
	RETARD INTEL- LECTUEL (QI)			+				+++	+++	
	E.E.G.		++			+		+++		+
	TROUBLES ENDOCRINIENS.					+				

	25!	26!	27!	28!	29!	30!	31!	32!
2ème GROUPE	JEH.	LEB.	LEM.	LEF.	PIA.	PER.	RIS.	DRO.
NOMS	Mich.	Fran.	Gine.	Mary.	LILIA	Dani.	Jacq.	Nicold
AGE	3 ans	8 ans	7 ans	6a1/2	7 ans	4a1/2	4a1/2	5 ans
TROUBLES DE LA CONSCIENCE	++	+	+		+++	+	++	
F.O.						+		
E.E.G. (type)	III	III	III	II	III	III	III	II
DATE DE DEBUT DE TRAITEMENT	4 j.	3m1/2	1mois	1mois	2m1/2	15 j.	1mois	15 j.
	DUREE	6mois	3mois	5mois	2m1/2	3mois	5mois	6mois
Voie	Stre							
ptc	DOSE	0,75g	I g.	0,75g	0,75g	I g.	0,75g	0,75g
géné	myci	QUOT.						
ne								
Trai	I.	DUREE	14 m.	10 m.	7 m.	1 an.	13 m.	13 m.
te	N.	DOSE	30 mg	30mg	20mg	30mg	30mg	30mg
	H.	QUOT.	/kg	kg	kg	kg	kg	kg
ment		par kg.						
	DUREE	6mois	3mois	5mois	1mois	3mois	4mois	6mois
	Voie	Dose	STREPTO.	25mg.	20mg.	25mg.	15mg.	20mg.
	Loca	Quot	I.N.H.	10mg.	15mg.	10mg.	10mg.	15mg.
	le							
ENCEPHALOGRAPHIE								
GAZEUSE	+	++			+++	++	+	+
	SURDITE	+						++
	HEMIPLEGIE	++			++			
SE	ETILEPSIE			++				
QUEL	TROUBLE							
LES	CARACTERIELS							
	RETARD INTELEC-	+	+	++	++	+		
	TUEL (QI)	84	81	72	79	80		95
	E.E.G.	++	+	++	++	++		
	TROUBLE				+			
	ENDOCRINIENS							

ANALYSE DES SEQUELLES.

Avant d'aborder l'étude des séquelles chez les enfants revus récemment, nous voudrions donner un aperçu des séquelles existant à la sortie chez l'ensemble des enfants traités dans le Service pour méningite tuberculeuse.

	1er groupe 93 malades 28 guéris	2ème groupe 41 malades 29 guéris	3ème Groupe 20 malades 19 guéris
Malades guéris sans séquelles cliniques	9 : 32 %	16 : 55 %	16 : 84 %
Malades guéris avec avec séquelles cliniques.	19 : 68 %	13 : 45 %	3 : 16 %

Dans ce tableau, ne sont comptées que les séquelles cliniques appréciables. Nous n'avons pas fait entrer dans ces pourcentages les retards intellectuels légers ni les troubles banaux du caractère dus à la longue hospitalisation.

Ainsi, sur 154 enfants traités dans le Service, 76 sont sortis guéris. Parmi ces 76 enfants, 41 n'avaient pas de séquelles cliniques appréciables à leur sortie.

Or, sur les 42 enfants que nous avons revus récemment, nous n'en avons retrouvés que 13 guéris sans séquelles.

Il est donc évident que les enfants porteurs de séquelles importantes sont revenus consulter plus volontiers que les enfants guéris sans séquelles cliniques.

Ce fait est important à signaler car nos résultats suivants, concernant seulement les enfants revus, donnent une impression plus pessimiste qu'elle ne doit être en réalité. Ceci s'applique surtout aux deux derniers groupes et plus particulièrement au troisième groupe où nous trouvons le plus petit pourcentage de séquelles cliniques.

LA SURDITE.

Séquelle du traitement, plus que de la maladie, la surdité à lourdement grevé l'avenir des premiers enfants guéris de méningite tuberculeuse et traités par la streptomycine pendant une longue période. L'amélioration et la mise au point du traitement ont fait disparaître presque complètement cette séquelle grave comme en témoigne notre statistique : parmi les 42 enfants revus :

- Dans le 1er groupe, nous relevons 6 cas de surdité sur 16, soit 37 %, dont 4 cas de surdité totale (observations 5, 6, 7, 8) et 2 cas de surdité incomplète (Observations 4 et 9) ;

- Dans le 2ème groupe, nous relevons seulement 2 cas de surdité légère (Observations n° 25 et 32) ;

- Dans le 3ème groupe, il n'y a aucun cas de surdité. Tous les audiogrammes étaient normaux.

Au total : 8 cas sur 42, soit 19 %.

Les 4 cas de surdité légère relevés dans le 1er et le 2ème groupe se bornent à un déficit auditif minime gênant peu les anciens malades. Leur audition est proche de la normale et leur permet d'avoir une activité scolaire et sociale normale.

Pourtant deux d'entre eux (observations 9 et 32) avaient eu un déficit auditif de 33 % et 38 %, au moment de leur méningite. Ce déficit a bien diminué, mais ils restent "durs d'oreille" et, pour l'un d'eux, s'associent quelques difficultés de langage lorsqu'il s'agit de s'exprimer oralement (Obs. 32).

Les 4 cas de surdité complète concernent des enfants qui avaient au moins 4 ans au moment de leur méningite et parlaient normalement. Leur surdité est survenue le plus souvent rapidement : trois semaines, un mois ou même brutalement en quelques jours (obs. N° 5). La surdité est apparue du 4ème au 6ème mois d'un traitement par la dihydrostreptomycine intramusculaire et intrarachidienne.

Cependant, pour l'observation n° 6, la surdité, bien qu'importante, n'était pas totale à la fin de la maladie. Six ans plus tard, elle n'était encore que partielle à droite. Neuf ans après, la surdité est totale et bilatérale, mais la malade a une otite purulente chronique et nous pensons que l'aggravation de sa surdité est due à cette otite chronique.

Parmi les 3 autres cas de surdité totale, 2 s'accompagnent d'un très important retard intellectuel (Observations n° 5 et 8), encore accentué par l'absence de fréquentation scolaire (Observation n° 8) et de gros troubles du caractère : colères fréquentes, opposition systématique. On note une nette régression du langage pour l'un d'eux (Obs. n° 8). Le 3ème cas de surdité totale (Obs. n° 7) présente un retard intellectuel moins important et a bénéficié d'une rééducation à l'école des sourds-muets.

Actuellement, nous savons que c'est l'emploi prolongé de la dihydrostreptomycine qui est à l'origine des surdités définitives. Notre statistique se rapportant au Ier groupe : 6 cas sur 16, soit 37 % et concernant les malades ayant reçu de la dihydrostreptomycine, semble en rapport avec les pourcentages de la plupart des auteurs.

AUBRY et PIALOUX signalent 5 cas de surdités sur 133 avec la streptomycine et 8 cas sur 25 avec la dihydrostreptomycine, soit 32 %.

GRAFFAR à 44 % de surdités, 23 % totales, 19 % incomplètes.

AUFFROY retrouve 8 sourds sur 14 anciens malades, soit 57 %.

Pour l'Ecole de Bruxelles, il y a 23 % de surdités.

M. PIERRE-BOYER signale 6 cas sur 41, soit 15 %.

Toutes ces statistiques concernent des groupes d'enfants traités par la streptomycine et le plus souvent par la dihydrostreptomycine. La toxicité de cette dernière est bien mise en évidence par la baisse considérable des séquelles auditives depuis qu'elle n'est plus employée. Nous n'avons, en effet, retrouvé aucune surdité chez les enfants du 3ème groupe qui ont été traités par la streptomycine jamais plus de trois mois.

Le retentissement de la surdité sur le psychisme déjà signalé par AUBRY et PIALOUX, a été bien analysé par HEUYER et DANON BOILEAU. Suivant l'âge d'apparition de la surdité, les traits psychologiques sont différents : insécurité, anxiété, attitude captative chez les jeunes enfants - Chez les adolescents : repli sur soi, anxiété, tristesse habituelle avec sentiment d'infériorité. Nous avons retrouvé ce tableau au complet chez une ancienne malade qui avait eu une méningite à 9 ans 1/2 (Observation n° 6). Et ces troubles semblent s'aggraver peu à peu.

Nous avons retrouvé également dans nos observations l'influence de la surdité sur le développement intellectuel. Nous n'avons malheureusement pas pu tester nos anciens malades sourds totalement. Néanmoins, le retard intellectuel important est net dans 2 cas (Observations n° 5 et 8). L'un à 14 ans sait tout juste lire et écrire, l'autre n'a jamais fréquenté l'école et son langage est réduit à quelques mots. De plus, ces deux enfants ont d'importants troubles caractériels ayant empêché leur rééducation à l'école des sourds-muets.

Cependant, une de nos anciennes malades, sourde totalement, ayant eu une méningite à 4 ans, a pu bénéficier d'une rééducation à l'école des sourds-muets. A 13 ans, elle parle et lit sur les lèvres et semble avoir comblé une partie de son retard intellectuel.

La demi-surdité semble avoir moins d'influence sur le niveau intellectuel, la rééducation se faisant plus facilement. Le plus souvent, ces enfants peuvent avoir une scolarité normale. Dans ce cas, s'il existe un retard intellectuel, il semble dû plus à la maladie elle-même qu'à la demi-surdité.

SEQUELLES VESTIBULAIRES.

Pour notre part, nous n'avons relevé aucun trouble vestibulaire persistant chez nos anciens malades. Les quelques cas de troubles vestibulaires apparus au cours du traitement ont disparu après l'arrêt de la streptomycine et ne se sont pas reproduits.

Cependant, un de nos malades (Observation n° 32) a conservé pendant 18 mois après sa sortie de l'hôpital des troubles importants : vertiges intenses, troubles de l'équilibre et vomissements. Ces troubles ont disparu depuis et il n'en persiste aucun 6 ans après.

Les auteurs belges insistent sur la fréquence des troubles vestibulaires : 34 à 80 % selon les groupes observés.

Pour DANON-BOILEAU, 47 enfants sur 56 ont des séquelles labyrinthiques (signe de Romberg, troubles de l'équilibre apparaissent à l'obscurité), le plus souvent discrètes, mais persistant plusieurs années après la maladie.

LES HÉMIPLÉGIES.

Elles sont une complication assez fréquente de la méningite tuberculeuse. Parmi nos 42 anciens malades, nous avons relevé 8 hémiplegies, soit 19 %, persistant à titre de séquelles et se répartissant ainsi :

- 1er Groupe : (4 sur 16)
- 2ème groupe : (2 sur 16)
- 3ème groupe : (2 sur 10)

Nous signalerons seulement les hémiplegies transitoires dont nous avons relevé 3 cas et qui avaient disparu au moment de la sortie des malades.

Parmi nos 8 hémiplegies durables, 2 fois l'hémiplegie est apparue brusquement dès les premiers jours de la maladie, et dans 6 cas, elle s'est constituée progressivement au cours des deux premiers mois.

Deux enfants présentent, non une hémiplegie simple, mais une quadriplégie spasmodique avec syndrome de décérébration et épilepsie associée à une abolition totale de toute vie psychique (Obs. 2 et 40).

Les 6 autres enfants conservent des séquelles motrices d'importance variable.

Parmi eux, deux enfants n'ont que des séquelles hémiplegiques légères (Observations I et 5), ne gênant absolument pas la marche. Les réflexes ostéo-tendineux sont un peu plus vifs d'un côté et la force musculaire très légèrement diminuée du même côté. On note une certaine fatigabilité, mais c'est surtout dans les mouvements précis et délicats des doigts et de la main que l'on retrouve le mieux le déficit.

Les 4 autres anciens malades conservent des séquelles plus importantes (Observations I4, 25, 29, 35) : hypertonie, amyotrophie, tendance au pied bot varus equin. La marche est possible mais elle se fait avec steppage au fauchage et fatigabilité rapide. Les troubles sont généralement plus accentués aux membres supérieurs : la contracture y est plus importante, les mouvements des doigts et de la main sont possibles mais très maladroits.

Chez 2 de ces enfants, une paralysie faciale s'associe à l'hémiplegie et persiste comme séquelle au même titre que celle-ci (Obs. N° I4 et 29). Nous avons aussi relevé 1 cas de persistance d'un strabisme interne de l'oeil gauche (Obs. n° I).

Nous avons retrouvé 4 fois l'association hémiplegie-épilepsie, dont 2 fois avec une quadriplégie spasmodique et grosse arriération.

L'hémiplegie s'accompagne fréquemment d'un certain degré de retard intellectuel et de séquelles électriques variables. Nos 8 hémiplegiques sont porteurs d'une hydrocéphalie plus ou moins importante.

Nous n'avons pas observé de séquelles d'aphasie. Le seul cas d'aphasie contemporaine de l'hémiplegie a régressé rapidement et il ne persiste aucun trouble de la parole (Obs. n° 29).

Notre statistique de 8 séquelles hémiplegiques sur 42 enfants (19 %) paraît un peu plus élevée que les autres statistiques.

DENYS et HOOFT ont observé 5 hémiplegies sur 158 anciens malades.

Sur I4 enfants, AUFFROY a retrouvé 2 hémiplegies persistantes soit I4 % dont une quadriplégie.

M. ROBERT-ROUGIER signale 7 % de séquelles hémiplegiques, le plus souvent discrètes.

DANON-BOILEAU a relevé 14 cas d'hémiplégie sur 263 anciens malades, soit 5 %, allant de la forme grave où la marche est pratiquement impossible, à la forme discrète où le déficit est retrouvé par un examen assez poussé. Parmi ces 14 séquelles hémiplegiques, l'auteur a relevé 5 cas d'aphasie permanente et 4 fois sur 5 l'aphasie est associée à une hémiplégie droite. Il s'agit soit d'une aphasie type WERNICKE, soit d'une anarthrie. Chez ces enfants, le problème de la rééducation de la parole s'associe à celui de la rééducation de l'hémiplégie. Cependant, l'aphasie reste très rare chez l'enfant et quand elle apparaît elle est le plus souvent transitoire.

Pour toutes ces observations, on note le plus souvent un mode d'apparition progressif de l'hémiplégie au cours des premiers mois de la maladie, comme il est habituel chez l'enfant. Dans ce cas, la rétrocession des troubles est souvent rapide et ceux-ci peuvent disparaître complètement ou persister sous forme de séquelles légères. Il n'en est pas de même lorsque l'hémiplégie est brutale avec coma, comme chez l'adulte. Les séquelles, dans ce cas, sont souvent importantes. Les troubles prédominent toujours au membre supérieur, la marche est souvent possible bien que perturbée. La paralysie faciale associée n'est qu'un témoin de l'hémiplégie.

La précocité de l'âge d'installation de l'hémiplégie est un élément de gravité et les séquelles seront plus importantes si l'enfant est plus jeune.

L'hémiplégie peut être une séquelle isolée. Le plus souvent, elle s'accompagne d'un retard intellectuel variable dans le degré duquel il faut faire intervenir le handicap moteur.

Toutefois, c'est à l'épilepsie que l'hémiplégie paraît le plus fréquemment associée. Quant aux séquelles électriques, elles ne sont pas systématiques et reflètent surtout l'élément épileptique surajouté.

L'EPILEPSIE.

Grave séquelle de la méningite tuberculeuse, elle est relativement peu fréquente. Nous avons retrouvé 5 séquelles épileptiques chez nos anciens malades, soit un total de 12 % :

- 2 cas dans le 1er groupe.
- 1 cas dans le 2ème groupe,
- 2 cas dans le 3ème groupe.

Parmi ces 5 cas, 2 sont associés à une quadriplégie spasmodique, avec syndrome de décérébration (Observations n° 2 et 40). Nous avons déjà parlé de ces deux cas à propos des hémiplésies.

Les 3 autres (Observations I, 28, et 35) se résument ainsi :

Observation n° I - apparition de convulsion dès le début de la maladie (l'enfant avait alors 2 ans) et qui ont persisté pendant toute l'évolution. D'abord localisées à l'hémicorps droit, les convulsions se sont généralisées lorsque la méningite a été guérie.

Persistance des convulsions généralisées pendant 5 ans après la guérison malgré un traitement anti-convulsif. Depuis deux ans, cette enfant n'a pas refait de crises convulsives mais est toujours sous traitement.

Observation N° 28 - Méningite tuberculeuse à 6 ans 1/2, sans crises convulsives. Apparition de la première crise convulsive généralisée deux ans après la maladie. Persistance de ces crises en rapport avec l'arrêt momentané du traitement anti-convulsif.

Observation n° 35 - Méningite tuberculeuse à 21 mois avec apparition dès le début de myoclonies et de décharges convulsives de l'hémicourps droit. Au 6ème mois de la maladie, apparaissent des décharges cloniques de tout le corps. Quelques mois après la sortie de l'hôpital, surviennent plusieurs fois par jour des secousses brutales du membre supérieur gauche qui se met en extension pendant quelques secondes. Ces spasmes s'accompagnent d'une fixité du regard. Ces troubles durent pendant 2 ans malgré un traitement de Gardénal. Puis, ils font place à des crises plus frustes survenant plusieurs fois par jour et sans perte de connaissance, pendant 18 mois. Actuellement, depuis 10 mois

l'enfant n'a fait aucune crise convulsive ni spasme en extension, alors que son traitement est arrêté depuis le même temps.

Parmi ces trois cas d'épilepsie, deux ont eu une apparition contemporaine de la méningite, l'un est apparu deux ans plus tard. Deux fois, il s'agit de crises convulsives généralisées, une fois de spasmes en extension d'un membre avec perte de conscience.

Ces trois cas ont bien réagi au traitement anti-convulsif, comme en témoigne la disparition progressive des crises sous l'influence du traitement.

À chaque fois l'électroencéphalogramme montrait un tracé caractéristique de l'épilepsie : pointes ondes, éléments pointus, épreuves d'activation positives. Les perturbations du tracé persistent actuellement alors même que les crises ne se sont pas reproduites depuis un certain temps et que le traitement est continué.

Pour aucun de ces 3 cas, l'épilepsie n'est une séquelle isolée ; deux fois, elle est associée à une hémiplégie (observation I et 35). Chez ces trois enfants, nous avons trouvé un retard intellectuel assez important puisque leurs Q.I. sont respectivement de 64, 72, 70. Pour les deux cas où l'épilepsie est associée à une hémiplégie, l'encéphalographie gazeuse a montré une dilatation ventriculaire très importante, alors que pour le troisième (Obs. 28), il n'y avait pas d'hydrocéphalie.

Pour l'observation N° I, à l'épilepsie s'associent quelques troubles du caractère : à la contrariété l'enfant réagit par des crises de larmes, se mord, déchire ce qu'elle a sous la main. Les deux autres cas d'épilepsie ne présentent pas de troubles caractériels.

Dans l'ensemble l'épilepsie est une séquelle peu fréquente, comme le prouvent la plupart des statistiques :

M. ROBERT-ROUGIER a retrouvé 2 cas d'épilepsie sur 90 anciens malades. DANON-BOILEAU n'a relevé que 10 cas sur 300 enfant, soit 3 %. Par contre, KOHLER a observé 4 épileptiques sur 12 enfants malades, soit 33 %.

Le Professeur HEUYER souligne la rareté de cette séquelle comparée à la fréquence des convulsions du début de la méningite.

Cliniquement, l'épilepsie peut revêtir tous les types habituellement rencontrés : crises généralisées ou localisées, état de mal convulsif, absences, équivalents.

Souvent contemporaine du début de la maladie, l'épilepsie peut n'apparaître qu'à la convalescence et même plusieurs années après (3 ans pour le cas d'un malade observé par DANON-BOILEAU.)

Le plus souvent, les auteurs insistent sur la fréquence des troubles du comportement et du caractère chez les épileptiques.

Le niveau mental est fréquemment abaissé. Cependant, celui-ci est également abaissé chez les anciens méningitiques qui n'ont pas d'épilepsie. Fréquence également de l'association hémiplégie-épilepsie.

Quand au tracé électrique, outre son intérêt diagnostique, il présente un intérêt pronostique en ce qui concerne la survenue des crises et permet une surveillance des enfants.

Les épilepsies post-méningitiques réagissent bien au traitement banal anti-convulsif. Les résultats sont le plus souvent satisfaisants.

LES TROUBLES CARACTERIELS.

Parmi nos 41 malades, nous avons observé 8 enfants conservant des troubles du caractère plusieurs années après la méningite soit au total 19 %.

Dans le 1er groupe : 6 cas, dont 3 sourds.

Dans le 2ème groupe : 1 cas.

Dans le 3ème groupe : 1 cas.

Deux cas du premier groupe concernent des enfants totalement sourds (observations 5 et 8). Apparus dès leur retour dans la famille, les troubles du caractère persistent encore huit ans après la guérison bien qu'ils soient améliorés pour l'un d'eux. A la contrariété, ces

enfants réagissent par des colères violentes et fréquentes. L'opposition à la famille est presque systématique. Ces troubles ont valu à l'un de ces deux enfants un renvoi de l'Ecole des Sourds-Muets, ce qui a nettement compromis sa rééducation.

Nous retrouvons ces mêmes troubles, plus atténués, chez deux autres enfants non sourds du premier groupe (Obs. I et I4) : crises de larmes, colères à la contrariété. Dans ces deux cas, une hémiplégie avec retard intellectuel important (Q.I. à 64 et 57) est associée, et une épilepsie pour l'un d'eux, qui vient ajouter sa note d'instabilité et d'impulsivité.

L'un des enfants de ce premier groupe conserve des troubles caractériels différents (Obs. n° 3). Il s'agit d'un enfant de 12 ans, renfermé, habituellement triste, ayant peu de réaction, semblant indifférent à tout, du moins à l'école. Dans sa famille (la mère est décédée depuis plusieurs années), il est très attaché à son père qu'il ne veut pas quitter.

Le sixième cas concerne une jeune fille de 19 ans, sourde totalement (Obs. n° 6), dont nous avons déjà parlé à propos de la surdité. Son psychisme qui semblait normal cinq ans après sa guérison s'est aggravé depuis deux ans. Elle reste chez elle, isolée dans sa famille par ses soeurs. Repliée sur elle-même, elle est habituellement triste. Il existe chez elle une anxiété mêlée à un sentiment d'infériorité. A ce tableau, s'ajoute une fatigabilité rapide et intense, la rendant incapable de tout travail et ne faisant qu'aggraver ses troubles psychiques.

Le cas du deuxième groupe concerne un enfant de 12 ans (Obs. n° 20), chez lequel les troubles du caractère sont apparus dès son retour en milieu familial. Pendant un an, l'enfant était très irritable, faisant des colères fréquentes et se montrant parfois agressif ; il a menacé une fois ses parents avec un couteau.

Un an après son retour, son caractère s'est amélioré. Il travaille bien en classe. Mais il revient consulter deux ans plus tard pour troubles du comportement, surtout refus d'aller en classe. Pendant plusieurs mois, les absences sont continuelles, coïncidant souvent avec une punition. Le travail scolaire est nul. A la maison, il est opposant et ses parents s'avouent incapables d'en tirer quoi que ce soit. Il n'a pas de camarades car il est mauvais joueur et taquin. Malgré un changement d'école, les troubles persistent. Son comportement est souvent incorrect avec le maître. Il aime troubler la classe. Toutefois, il s'est amélioré sur le plan de la fréquentation scolaire.

Chez cet enfant, les troubles caractériels s'associent à un retard intellectuel assez important. Cependant, l'E.E.G. est pratiquement normal.

Enfin, le dernier cas concerne un enfant du 3ème groupe (Obs. n° 41), qui a 8 ans actuellement. Les troubles du caractère ont commencé trois mois après son retour dans sa famille et vont en s'aggravant. Il s'agit surtout d'une agressivité importante vis-à-vis de sa mère. L'enfant ne l'écoute pas; se met en colère contre elle, va jusqu'à l'insulter et l'injurier, alors que celle-ci le cajole et le défend contre son père qui se montre très sévère. Or, les parents sont en désaccord sur son éducation : mère trop indulgente, père très sévère.

De plus, cet enfant a un gros retard intellectuel : Q.I. à 65.

D'après ces observations, nous notons la fréquence du retard intellectuel associé aux troubles caractériels persistant encore plusieurs années après la guérison. Nous relevons également l'influence de la surdité sur ces troubles.

L'interrogatoire des parents a fait retrouver des troubles caractériels fréquents chez la plupart des enfants au moment de leur retour en milieu familial. En 6 mois ou un an, ces troubles avaient disparu, comme il est habituel dans ce cas.

Les troubles caractériels persistants que nous avons observés sont soit du type irritabilité, hyperémotivité, colères, soit du type mélancolie, anxiété, soit encore agressivité.

Nous n'avons pas retrouvé de troubles graves de la série schizophrénique, par de délires ni d'hallucinations.

La plupart des auteurs pensent que les troubles caractériels graves sont rares. Ainsi, DANON-BOILEAU n'a observé que 4 cas sur 300 enfants. Pour CAHN, le pourcentage de processus démentiels est de 5 % et augmente pour les enfants ayant eu une méningite avant 3 ans.

Pour DENYS, HOOFT et MICHIELS, les démences et grandes arriérations mentales sont de l'ordre de 10 %.

Mais, pour tous ces auteurs, les troubles moins importants sont plus fréquents. Il s'agit parfois de troubles de l'humeur, soit syndrome dépressif, mélancolie, soit plus rarement état hypomaniaque, soit encore troubles cyclothymiques. Plus fréquemment, il s'agit d'irritabilité, de colères explosives au moindre prétexte.

HEUYER et DANON-BOILEAU insistent sur la fréquence de l'association des troubles caractériels avec une épilepsie (3 fois sur 4). Nous-mêmes, ne l'avons retrouvée qu'une fois sur 8.

Il faut tenir compte chez ces enfants des antécédents familiaux et du milieu familial qui influent au plus haut point ces troubles, soit dans le sens d'une amélioration, soit dans le sens d'une aggravation.

RETARD INTELLECTUEL.

C'est une des plus graves séquelles qui pèsent sur l'avenir des enfants atteints de méningite tuberculeuse.

Sur 42 enfants, nous avons retrouvé 8 retards intellectuels graves, soit 19 % et 17 retards légers, soit 40 %.

Dans le premier groupe, il y a 6 arriérations graves (dont 2 surdités totales) et dont le Q.I. est inférieur à 70. L'un d'eux a une abolition totale de toute vie psychique.

Nous retrouvons dans ce groupe, 4 retards moins importants :
3 ont un Q.I. entre 70 et 80 ; 1 a un Q.I. entre 80 et 90.

6 enfants n'ont pas de retard intellectuel.

Dans le deuxième groupe, il n'y a pas d'arriération grave.
Par contre, nous avons relevé 10 retards légers :

- 4 ont un Q.I. entre 70 et 80 ;

- 6 ont un Q.I. entre 80 et 90.

6 enfants n'ont aucun retard intellectuel.

Dans le 3ème groupe, nous avons relevé 2 retards graves dont le Q.I. est inférieur à 70. L'un d'eux conserve uniquement une vie végétative (cas analogue à celui du premier groupe).

Nous retrouvons 3 retards légers :

1 Q.I. entre 70 et 80.

2 Q.I. entre 80 et 90.

Parmi les 5 autres enfants de ce troisième groupe :

2 ont un Q.I. entre 90 et 100.

2 ont un Q.I. entre 100 et 110.

1 a un Q.I. à 115.

Le Q.I. moyen de ce groupe est à 91.

Tels sont les résultats globaux.

Parmi les 42 enfants que nous avons revus, 9 ont eu une méningite avant l'âge de 3 ans. Leurs Q.I. se répartissent ainsi :

2 Q.I. inférieurs à 70.

4 Q.I. entre 70 et 80.

2 Q.I. entre 80 et 90.

1 Q.I. à 108.

Nous notons donc la fréquence du retard intellectuel chez ces jeunes enfants.

La surdité, quand elle est totale, joue aussi un rôle important dans l'arriération mentale. Parmi nos 4 enfants sourds totalement, 2 ont un retard grave, 1 autre a un retard moins important. Le dernier n'a pas de retard, mais il faut souligner que la surdité n'était pas totale à la guérison de la méningite et qu'elle s'est aggravée progressivement à la suite d'otite chronique. Ces 4 enfants avaient plus de 4 ans au moment de la maladie.

La demi-surdité semble avoir un rôle moins important dans la survenue d'un retard intellectuel. De nos 4 demi-sourds, 2 ont un retard léger, les deux autres ont une intelligence normale.

Nos 8 retards intellectuels graves s'accompagnent à chaque fois d'une dilatation ventriculaire importante. Dans les retards légers, il n'y a pas d'hydrocéphalie systématique.

5 fois sur 8, une hémiplégie s'associe à l'arriération.

3 fois sur 8, c'est une épilepsie.

5 fois sur 8, nous retrouvons aussi des troubles caractériels souvent importants.

Les retards graves s'accompagnent toujours de séquelles électriques diverses. L'E.E.G. est aussi fréquemment perturbé dans les retards plus légers.

D'après nos résultats, le retard intellectuel semble être une des séquelles les plus fréquentes chez les anciens méningitiques, avec une moindre importance pour le 3ème groupe où se trouvent les Q.I. les plus élevés.

Pour KOHLER, l'arriération intellectuelle est remarquable par sa fréquence puisque sur 12 observations qu'il rapporte, tous les enfants ont un Q.I. allant de la débilité légère à l'idiotie.

Par contre, AUFFROY ne retrouve pas de retard intellectuel appréciable chez 14 anciens malades, revus 10 ans après leur méningite, mais ces enfants n'ont pas été testés.

Pour DENYS, HOOFT et MICHIELS, l'arriération mentale est de 10 % chez les anciens méningitiques. Le QI moyen se situe à 94, alors que chez des enfants témoins, il est à 107.

CAHN constate que le Q.I. des enfants guéris est abaissés généralement de 5 à 10 % et trouve 5 % de troubles graves.

DANON-BOILEAU retrouve 3 % d'arriération mentale grave chez les enfants ayant eu une méningite après 3 ans, mais 9 % de retard grave chez les enfants ayant moins de 3 ans à l'époque de la maladie.

Pour HEUYER, la proportion des arriérés mentaux va de 1 à 10 %, suivant les groupes observés. Le Q.I. moyen est à 90 au lieu de 100.

Ces auteurs pensent que l'arriération mentale grave est rare, frappant surtout les enfants ayant eu une méningite tuberculeuse avant 3 ans. Par contre, les retards légers sont fréquents ; le Q.I. moyen est abaissé de 10 %, le sommet de la courbe de Gauss se situant à 90 au lieu de 100. Ces retards légers sont souvent associés à d'autres séquelles : hémiplégie, épilepsie, déficit auditif, intervenant pour une part importante dans l'appréciation du niveau intellectuel. Ces retards semblent également plus fréquents si la maladie a été grave.

Ces enfants ont souvent des difficultés scolaires portant essentiellement sur la grammaire et l'orthographe ; le calcul est mieux conservé.

En fin de compte, il est très difficile d'apprécier le retard intellectuel dû à la méningite tuberculeuse elle-même. Il faut tenir compte des antécédents personnels et familiaux du milieu dans lequel vit l'enfant et des troubles affectifs parfois surajoutés.

Quant au pronostic ultérieur, il faut penser que les arriérations graves sont définitives, mais que les retards légers sont susceptibles de s'améliorer progressivement comme on le constate fréquemment en faisant tester les anciens malades chaque année.

LES SEQUELLES ENDOCRINIENNES.

Elles sont rares. Nous en avons retrouvé 2 cas parmi nos 42 anciens malades, soit 5 %.

1er cas (Obs. n° I2 - Groupe I) - Il s'agit d'une enfant ayant eu une méningite tuberculeuse à 3 ans 1/2, traitée par la streptomycine seule, guérie sans séquelles cliniques, mais gardant un tracé électrique perturbé. Les caractères sexuels secondaires et les premières règles à 9 ans (5 ans après la guérison). La mère et la soeur de cette enfant ont été réglées à 11 ans. Actuellement, à 14 ans 1/2, cette jeune fille ne présente aucune anomalie clinique endocrinienne. Ses règles sont régulières. Les caractères sexuels secondaires sont développés normalement. On ne note pas d'obésité. Elle conserve cependant un E.E.G. perturbé : le tracé spontané est normal, mais la SLI Fait apparaître des éléments paroxystiques.

2ème cas (observation N° 29 - 2ème groupe) - Cette enfant a eu une méningite tuberculeuse à 7 ans, traitée par la streptomycine, P.A.S. et I.N.H. guérie avec grosse séquelle hémiplégique retard intellectuel et perturbations électriques persistantes. Une obésité d'abord modérée est apparue dès la guérison. Elle s'est accentuée progressivement. A 13 ans, cette enfant mesure 1 mètre 42 et pèse 46 kg. Cette obésité est toutefois modérée, sans vergétures ni syndrome cushingnoïde. Il n'y a pas d'obésité familiale.

Les caractères sexuels secondaires sont apparus normalement. Les premières règles, apparues à l'âge de 12 ans, ne se sont pas reproduites depuis. Il existe donc une perturbation endocrinienne nette chez cette enfant, mais il faut dire que celles-ci sont fréquentes chez la fille à cet âge.

La plupart des auteurs signalent la rareté des troubles endocriniens dont le plus fréquent est l'obésité simple.

AUFFROY retrouve 1 cas sur 14 : une obésité vraie avec vergétures blanches de l'abdomen sans caractère cushingnoïde.

M. ROBERT-ROUGIER note 5 % d'obésité anormale après méningite tuberculeuse, obésité le plus souvent isolée, parfois associée à des troubles caractériels graves.

ASIEL retrouve 6 cas d'obésité sur 38 enfants guéris et 1 cas de diabète sucré.

Pour MOURIQUAND, il y a 4 cas d'obésité simple sur 150 anciens malades.

DEBRE et BRISSAUD signalent 2 cas de puberté précoce.

KISSEL a trouvé 1 cas de diabète insipide.

Ces auteurs signalent la fréquence de l'association des séquelles endocriniennes à des troubles caractériels et à la présence de calcifications suprasellaires découvertes à la radio du crâne.

Parmi les troubles endocriniens, l'obésité demeure donc la séquelle la plus fréquente. Le syndrome adiposogénital, syndrome cushingnoïde, puberté précoce, sont déjà beaucoup plus rares.

Quant aux autres troubles endocriniens, tels que diabète sucré ou insipide, ils sont exceptionnels.

LES SEQUELLES ELECTRIQUES.

Elles sont fréquentes et paraissent d'autant plus importantes que le recul depuis la maladie est plus court.

Nous avons retrouvé 25 enfants sur 42 ayant un E.E.G. perturbé soit 59 %.

- 9 dans le 1er groupe (16)
- 8 dans le 2ème groupe (16)
- 8 dans le 3ème groupe (10)

La proportion est nettement plus élevée dans le troisième groupe pour lequel nous n'avons qu'un recul de 2 à 4 ans.

Dans le premier groupe, sur 9 EEG perturbés, nous trouvons 6 fois l'association avec un retard intellectuel souvent important dont 4 avec des troubles caractériels et hémiplégie, et dont 2 avec une épilepsie. Parmi ces 9 EEG, 4 sont associés à une surdité, un autre à une puberté précoce à 9 ans sans autres séquelles. Enfin, pour 1 cas, les séquelles électriques sont isolées.

Nous avons retrouvé 6 fois sur 9 des anomalies du tracé spontané : aspect irritatif le plus souvent, parfois des ondes lentes, une trop grande amplitude du rythme ou encore une asymétrie entre les 2 hémisphères.

Les 3 autres E.E.G. ont un tracé spontané normal, mais les épreuves d'activation : hyperpnée et SLI, font apparaître des éléments anormaux : pointes ondes généralisées, éléments paroxystiques. Nous n'avons pas retrouvé de signes en foyer.

Nous voyons donc que même après 10 ou 12 ans de recul, les E.E.G. peuvent encore être pathologiques alors que pour certains il n'y a pas de séquelles associées.

Sur les 8 E.E.G. pathologiques du 2ème groupe, 3 d'entre eux représentent une séquelle isolée. Les 5 autres sont associés à un retard intellectuel léger, 2 d'entre eux à une hémiplégie, 1 à une épilepsie.

6 fois sur 8, nous avons trouvé un tracé spontané anormal : pointes ondes, ondes lentes, pointes lentes ou rythmes rapides. Les 2 autres tracés spontanés sont normaux, mais les épreuves d'activation font apparaître des ondes lentes ou pointues généralisées.

Dans le 3ème groupe, 4 E.E.G. perturbés sur 8 sont une séquelle isolée. Les 4 autres sont associés à un retard intellectuel dont 2 avec une hémiplégie et une épilepsie, 1 autre avec des troubles caractériels importants.

7 sur 8 de ces E.E.G. ont un tracé spontané pathologique : pointe ondes, aspect irritatif ou ralentissement diffus. Un seul E.E.G. montre un tracé spontané normal avec des épreuves d'activation faisant apparaître des éléments anormaux.

Le pourcentage de séquelles électriques est bien plus important dans ce dernier groupe que dans les précédents, mais le recul n'est que de 2 à 4 ans après la maladie et l'on sait qu'il est fréquent de constater des anomalies électriques dans les 2 ou 3 années qui suivent la méningite tuberculeuse.

Avec un recul de quelques mois à 5 ans, M. ROBERT-ROUGIER trouve 16 tracés pathologiques sur 44, soit 35 %. Parmi eux, 6 E.E.G. perturbés ne correspondent à aucune séquelle clinique.

AUFFROY, avec un recul de 10 ans, retrouve 7 tracés anormaux sur 14, soit 50 %. Sur ces 7 tracés, 5 sont devenus anormaux secondairement sans manifestations cliniques.

CHAPTAL constate 60 % d'anomalies électriques chez ses anciens malades.

REY n'en retrouve que 10 % après 2 ans.

Pour CAHN, il y a 45 % de tracés anormaux et le parallélisme entre les séquelles électriques et les séquelles cliniques est net.

Pour notre part, nous n'avons pas retrouvé ce parallélisme particulièrement dans le 3ème groupe où 4 sur 8 tracés anormaux sont des séquelles isolées.

Nous avons constaté aussi un remaniement fréquent des tracés soit dans le sens d'une amélioration soit au contraire dans le sens d'une aggravation, même après plusieurs années, mais seulement chez les enfants ayant des séquelles cliniques associées.

Quelle qu'elle soit, nous pensons que toute perturbation électrique même isolée exige une surveillance particulière des anciens méningitiques, les séquelles électriques étant reliées à l'évolutivité des lésions.

SEQUELLES OCULAIRES.

Nous en avons trouvé I cas (Obs. n° 40) : une atrophie optique avec cécité chez un enfant dont la vie intellectuelle est totalement abolie et qui a une quadriplégie spasmodique avec épilepsie. Cette atrophie optique est apparue progressivement au cours du troisième mois de la maladie et a abouti à une cécité totale.

Dans l'ensemble, les auteurs sont unanimes pour dire que la cécité est exceptionnelle. DANON-BOILEAU n'en a relevé aucune parmi les 300 cas qu'il a observés.

M. ROBERT-ROUGIER a trouvé 2 % de cécité totale et 3 % de vision diminuée de 5/10 à 7/10.

AUFFROY a retrouvé I cas de cicatrice de chorio-rétinite au fond d'oeil parmi ses 14 anciens malades.

DENYS, HOOFT et MICHIELS signalent 1,2 % de cécité après méningite tuberculeuse.

LES ENFANTS GUERIS SANS SEQUELLES.

Sur nos 42 anciens malades, nous avons trouvé 13 enfants guéris sans séquelles cliniques, soit 30 %.

Dans le premier groupe, sur 16 enfants, 3 sont guéris sans séquelle cliniques dont 1 avec séquelles électriques.

Dans le deuxième groupe, sur 16 enfants, nous trouvons 5 enfants guéris sans séquelles cliniques, 3 d'entre eux conservent des séquelles électriques.

Et dans le 3ème groupe, sur 10 anciens malades, 5 sont guéris sans séquelles cliniques, dont 4 avec des séquelles électriques. Un seul de ces enfants avait moins de 3 ans au moment de la maladie.

C'est dans ce dernier groupe que le pourcentage de guérison est le plus élevé. Pourcentage restant en dessous de la vérité si l'on considère l'ensemble des enfants sortis du Service sans séquelles, ainsi que nous l'avons dit plus haut (16 sur 19), réserve faite des séquelles qui ont pu apparaître depuis chez les enfants que nous n'avons pas revus récemment.

LES SEQUELLES ET LE TRAITEMENT

DISCUSSION

L'influence du traitement sur le pronostic vital et les séquelles ultérieures est évidente. Si celle-ci n'est pas apparue clairement chez les enfants revus récemment, elle est par contre nette si l'on considère l'ensemble des enfants traités dans le Service de 1947 à 1957.

La plupart des enfants ont été revus dans les deux ou trois années qui ont suivi leur sortie. Nous pouvons donc établir chez l'ensemble de nos anciens malades un tableau des séquelles persistant deux ans après la guérison clinique. En effet, il nous a paru faux de baser notre statistique uniquement sur les enfants revus récemment, en éliminant délibérément une partie des malades traités dans le Service.

- Ier groupe : 93 malades ont été traités par la streptomycine, soit seule, soit associée au P.A.S. et au Disulone. 28 enfants sont sortis guéris. Au bout de 2 ans, 9 anciens malades n'avaient pas de séquelles cliniques et 19 enfants conservaient des séquelles variées :

- 4 Hémiplégies
- 3 épilepsies,
- 6 troubles caractériels,
- 8 retards intellectuels graves,
- 8 surdités dont 6 totales.

Ces séquelles s'associent de façon diverse.

Nous devons ajouter à ces chiffres, 1 puberté précoce, apparue chez une enfant de 9 ans, 6 ans après la guérison.

Au total, nous trouvons 68 % de séquelles cliniques dans ce groupe.

De plus, 19 enfants conservaient des séquelles électriques, soit 68 %.

- 2ème groupe : 41 malades ont été traités par l'association Streptomycine - Isoniazide. 29 enfants sont sortis guéris. Parmi eux, 17 enfants n'avaient pas de séquelles cliniques à leur sortie. Deux ans après, ce chiffre s'est abaissé à 16, une épilepsie étant survenue chez l'un d'eux, deux ans après la maladie. 13 enfants conservaient donc des séquelles cliniques, s'établissant ainsi :

- 3 hémiplésies,
- 2 épilepsies,
- 2 troubles caractériels,
- 4 retards intellectuels,
- 3 surdités partielles,
- 1 obésité.

Ces séquelles étant parfois associées entre elles.

Ainsi, dans ce groupe, il y a 45 % de séquelles cliniques.

De plus, nous trouvons 18 enfants conservant des séquelles électriques, soit 62 %.

- 3ème groupe : 20 malades ont été traités par les antibiotiques associés à l'hormonothérapie. 19 sont sortis guéris. Parmi eux, 16 enfants n'ont pas de séquelles cliniques. 3 conservent des séquelles :

- 2 hémiplésies avec épilepsie,
- 1 trouble caractériel,
- 3 retards intellectuels associés avec les séquelles précédentes.

Les séquelles cliniques du 3ème groupe sont donc de 16 %.

Par contre, nous trouvons dans ce groupe II enfants ayant des séquelles électriques, soit 58 %.

Ainsi, l'influence du traitement est clairement démontrée :

- Sur le pronostic vital d'abord, puisque le pourcentage de guérison passe de 30 à 70 puis 95 %.

- Mais aussi sur le nombre des séquelles cliniques, le pourcentage de séquelles passant de 68 à 45 puis 16 %.

Cependant, l'influence du traitement n'est pas aussi nette en ce qui concerne les séquelles électriques. Si l'hormonothérapie améliore rapidement le tracé électrique au cours de la maladie, par contre, elle n'empêche pas la persistance d'un tracé irritatif, souvent isolé, dans les années qui suivent la méningite tuberculeuse.

Il est important également de considérer l'influence du traitement suivant l'âge au moment de la maladie. On connaît la gravité particulière de la méningite tuberculeuse chez les enfants de moins de 3 ans, l'arriération intellectuelle étant la grosse séquelle à redouter.

Dans notre premier groupe, 7 enfants sur 28 avaient moins de 3 ans au début de la maladie. Deux ans après la guérison, 1 seul n'avait pas de séquelles cliniques, mais conservait des séquelles électriques.

Dans le deuxième groupe, 10 enfants sur 29 avaient moins de 3 ans. 6 d'entre eux n'avaient pas de séquelles à leur sortie et parmi eux 2 gardaient des E.E.G. perturbés.

Enfin, dans le troisième groupe, sur 19 enfants, 6 avaient moins de 3 ans. 4 d'entre eux sont guéris sans séquelles dont 2 avec des séquelles électriques.

A côté d'hémiplégies et d'épilepsies, la séquelle la plus fréquente chez ces jeunes enfants est l'arriération psycho-motrice relevée 10 fois chez nos 23 enfants de moins de 3 ans.

Ainsi l'amélioration progressive du traitement a fait diminuer le nombre des séquelles chez l'ensemble des enfants, mais aussi d'une façon très sensible chez les enfants de moins de 3 ans tout particulièrement exposés aux séquelles graves.

C O N C L U S I O N S

De 1947 à 1957, 154 enfants ont été soignés pour méningites tuberculeuses dans le Service du Docteur MARQUEZY à l'hôpital Trousseau. Il y eut 78 décès et 76 enfants sortirent guéris.

Ces derniers enfants ont presque tous été revus au moins deux ans après leur guérison, et à cette époque, 41 d'entre eux ne présentaient pas de séquelles cliniques.

Au cours de l'année 1959, avec un recul de 2 à 12 ans après la maladie, nous avons revu 42 de ces 76 anciens malades, leur faisant faire un examen clinique et électrique et un test psychique. 13 d'entre eux ne présentent aucune séquelle clinique. Les 29 autres conservent des séquelles variées. Cet important pourcentage de séquelles chez les enfants revus récemment est dû au fait que les anciens malades porteurs de séquelles graves sont revenus consulter plus volontiers que les enfants guéris sans séquelle.

Ces diverses séquelles se répartissent ainsi :

- Les unes en rapport avec le traitement comme la surdité dont nous avons relevé 8 cas, et qui a disparu actuellement.

- Les autres en rapport avec l'affection elle-même :

- . 8 hémiplésies toujours contemporaines de la maladie.
- . 5 épilepsies survenues au cours de la maladie dans 4 cas et 1 fois deux ans après.

- . 1 atrophie optique avec cécité.
- . 8 troubles caractériels constatés après le retour dans la famille.
- . 8 retards intellectuels graves rendant irrécupérables les enfants ainsi atteints.
- . 17 retards légers compatibles avec une activité normale.
- . 2 séquelles endocriniennes : 1 obésité et 1 puberté précoce.

Ces séquelles sont fréquemment associées entre elles.

Enfin, nous avons retrouvé 25 séquelles électriques souvent associées aux séquelles cliniques, mais pouvant être isolées.

Il faut souligner l'importance du traitement sur la fréquence des séquelles constatées chez les anciens malades.

Ainsi, les séquelles des premiers enfants guéris de méningite tuberculeuse et traités uniquement par la streptomycine sont nombreuses et importantes. La surdité et l'arriération mentale, souvent les deux associées, ont tout particulièrement grevé l'avenir de ces enfants. Dans notre premier groupe, sur 93 malades, 28 sont sortis guéris. Deux ans plus tard, 19 d'entre eux conservaient des séquelles, soit 68 % de séquelles dans ce groupe.

Les enfants ayant été traités par l'association streptomycine-Isoniazide conservent moins de séquelles. Nous n'avons pas retrouvé dans ce groupe de grandes arriérations intellectuelles. Les surdités sont bien moins nombreuses et ne sont jamais totales. Sur 41 malades de ce groupe, 29 sont sortis guéris. Parmi eux, 13 enfants gardent des séquelles cliniques. Il y a donc 45 % de séquelles dans ce groupe.

C'est parmi les enfants ayant bénéficié de l'hormonothérapie que se trouvent les meilleurs résultats. Là, nous avons retrouvé les Q.I. les plus élevés.

Cependant, si les séquelles cliniques sont peu nombreuses, les séquelles électriques sont fréquentes. Dans notre troisième groupe, sur 20 malades, 19 sont sortis guéris dont 3 avec des séquelles cliniques. Nous trouvons donc 16 % de séquelles dans ce groupe.

Néanmoins, malgré l'amélioration constante du traitement, les séquelles de la méningite tuberculeuse n'ont pas complètement disparu et restent redoutables. C'est dire l'importance de leur prévention par la précocité du diagnostic et du traitement avant que la période d'état se soit installée, avant que les grandes détériorations cérébrales soient définitives.

Nous pensons toutefois pouvoir garder une impression optimiste quant au pronostic ultérieur et à l'avenir des enfants ayant bénéficié de l'hormonothérapie.

Vu, le Président de thèse :

Prof. J. CATHALA,

Vu, le Doyen de la Faculté :

Prof. L. BINET.

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris :

J. SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

ANDERSEN H. C. -

Lésions accoustiques après traitement par la dihydro-streptomycine.
(Ugeskr. for Læger, 1951, 113, 44, 1482)

ANDREANI G. et BONFANTI G.-

Syndrome hypophyso-diencephalique; séquelle d'une méningite tuberculeuse traitée par le streptomycine.
(Riv. Pat. New., 71, 225-234, 1950)

ANGLESIO E. -

A propos de la méningite tuberculeuse. Traitement par la streptomycine.
(Brux. Med., 29, 351-353, 13 oct. 1949)

ASHBY M. et GRANT H.-

Tuberculosis meningitis treated with Cortisone.
(The Lancet, 8 janv. 1955, n° 6854, 65-66)

ASTEL M.-

Pronostic éloigné des méningites tuberculeuses.
(Arch. Belg. de Méd. Soc. Hyg., Méd. du Trav. et Méd. Légale, 6, 1953, 201-224)

AUBRY M. et PIALOUX P.-

Les séquelles cochléo-vestibulaires de la méningite tuberculeuse.
(Rev. Neurol., 1954, 90, n° 6, 771-792)

AUERBACH.-

Méningite tuberculeuse. Correlation des résultats thérapeutiques avec la pathogénie et les modifications pathologiques.
(Ari. Rev. Tub., 4, 1951, 408-425)

AUFFROY G.-

Pronostic éloigné de la méningite tuberculeuse avec un recul de 10 à 11 ans.
(Thèse Paris 1959)

BARON et COCHOIS.-

Baisse soudaine de l'acuité visuelle au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine.
(Bull. Sol. Ophtal. France, déc. 1949, 1079-1082)

BEGUIN M. H.-

La streptomycine et le P.A.S. dans le traitement de la tuberculose chez l'enfant.
(Bull. Paeditrica, Suppl. 341 et Annales paediatrici, fasc. 49, 28, 439)

BENHAMOU et SITBON.-

Troubles cochléo-vestibulaires de la dihydro-streptomycine.
(Bull. Soc. IRL Lyon II, 3, 1951, 113)

BENHAMOU et collaborateurs.-

Les renforts de l'antibiothérapie : la méningite tuberculense.
(Congrès de Méd. Alger, 1955, 111, 371-374)

BERNARD Et.-

Action toxique cochléo-vestibulaire de la dihydro-streptomycine.
(Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris 1950, 486)

BERNARD E., PALEY P.Y. et LE MANAGERJ.-

Syndrome endocrinien d'origine diencéphalique probable dans deux cas de méningite tuberculeuse.
(Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 67, 20-28 janv. 1951)

BERNHEIM M., JEUNE, Melle LANTERNIER et Mme ROBERT ROUGIER.-

A propos du pronostic éloigné de la méningite tuberculeuse.
(Communication faite au XIVème Congrès des Pédiatres de Langue Fse, Bruxelles, 1953)

BERNHEIM M., Melle LANTERNIER, Mme ROBERT-ROUGIER.-

A propos du pronostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant.
(Jour. Méd. Lyon, N° 812, p. 831, 1953)

BETHOUX L.-

Cécité par atrophie optique du type primitif au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine.
(Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris, avril 1949, 65, n° 11-12, 489-491)

BEYER P.-

Dihydrostreptomycine et surdité.
(Soc. Péd. Est, 1951, 3, 2)

BLOCH et ZHA.-

Incidents et accidents cochléo-vestibulaires au cours de la streptomycinothérapie.
(Ann. ORL, juillet 1950, 67, 7, 481 et Rev. Laryngologie et Otologie, sept. 1951, 665)

BOILEE.-

Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant à Alger.
(Thèse Alger 1952)

BOUDIN et BARBIZET.-

La place de la corticothérapie dans le traitement de la méningite tuberculeuse.
(Presse Médicale, 1956, 54, n° 1, 1 à 4)

BUNGER P.-

Pathogénie des syndromes endocriniens dans la méningite tuberculeuse.
(Klin. Wschr., 29, 1951)

CAMPAILLA G.-

Radiothérapie pour l'hydrocéphalie accompagnant la méningite tuberculeuse guérie par la streptomycine.
(11 Policlinoco, 19 juin 1950, 816-818, 57)

CARRIERE R.-

Etude clinique de 84 cas de méningite tuberculeuse traités dans le centre de streptomycinothérapie de Toulouse.
(Thèse Toulouse 1950)

CATHALA J.- AUZEPY- DEMASSIEUX- LAFOURCADE- HERVE.-

Sur le pronostic de la méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine.
(Le Nourrisson 1952, 5, 204)

CHAPTAL J. et PASSOUANT P.-

Hémiplégie par encéphalomalacie au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant. Confrontations cliniques, électroencéphalographiques et anatomiques.
(Soc. des Sc. Méd. et Biol. de Montpellier et du Lang. Médit. 14 décembre 1951)

CAHN R.-

Les troubles psychiques des enfants guéris de méningite tuberculeuse.
(Thèse Strasbourg 1955)

CARTA M. et PACI A.-

Indagine psicospérimentale in bambini guariti da mening. tuberc.
(Minerva Ped., 1955, 1257-66)

CHIMENES H.-

Séquelles neuro-psychiques de la méningite tuberculeuse de l'enfant.
Presse Médicale, 55, août 1953)

COLARIZI A. et CANOVA G.-

Etude E.E.G. de la méningite tuberculeuse de l'enfance.
(Helv. Paed. Acta, 1958, 13, 204-217)

DALLA-VOLTA A.-

A propos d'un examen psychoexpérimental sur les enfants guéris de
méningite tuberculeuse.
(Minerva Pediatrica Turin, 14-1-1956, 31-33)

DANIELS.-

Problèmes des séquelles de la méningite tuberculeuse.
(Réunion d'Experts organisée par la F.I.S.E. et l'O.M.S. "Traitement
des tuberculoses aiguës de l'enfant", Paris, février 1950)

DANON-BOILEAU H.-

Contribution à l'étude des séquelles neuropsychiques de la méningite
tuberculeuse de l'enfant.
(Thèse, Paris 1953)

DANON-BOILEAU H.-

Les séquelles endocriniennes de la méningite tuberculeuse chez
l'enfant.
(Revue de Neuro-Psychiatrie infantile, janvier-février 1956, 1-5)

DEBRE.-

Pronostic de la méningite tuberculeuse.
(Zmer. R. Tuberc., février 1952)

DEBRE - BRISSAUD - NOUFFLARD - NAVEAU.-

L'isonicotinylhydrazide dans le traitement de la méningite tubercu-
leuse de l'enfant.
(B. et M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1952, 68, 28-29)

DEBRE - THIERRY - BRISSAUD.-

La streptomycine appliquée au traitement de la méningite tuberculeuse et de la tuberculose miliaire chez l'enfant.
(Masson, Paris 1950)

DELAY - DENIKER - LEMPERIERE.-

Troubles graves du comportement chez un adolescent guéri de méningite tuberculeuse.
(A. Med. Psychol. Fr., 109^e année, oct. 1951, n° 3, T.2, 316-319)

DEPARIS M. et SARRAZIN A.-

Sur le traitement précoce de la méningite tuberculeuse par l'A.C.T.H. et les antibiotiques par voie générale.
(Bull. et M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1955, 8^e, n° 11-12, 414-419)

DESPIERRES G.-

Les encéphalopathies au cours de la streptomycinothérapie.
(Rev. Tub., V., T.16, n° 3, 1952, 392-396)

DUROUX A. - MARTY - ABLARD G.-

Hémiplégie mortelle; à début brutal, survenue tardivement au cours d'une méningite tuberculeuse favorablement influencée par la streptomycine. Etude anatomo-clinique.
(B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris, mars 1950, 66, n° 11-12, 485-489)

EDGE J. R.-

Encéphalopathie diffuse après traitement par streptomycine.
(Am. Rev. Tub. 1951)

EMERY J. L.-

Hypertrophie cardiaque avec hydrocéphalie due à une méningite tuberculeuse chez l'enfant.
(Arch. Dis. Childhood, 26, 245-248, juin 1951)

ESSENTE I et PISANI D.-

Exophtalmie aiguë et cécité suivant un traitement à la streptomycine dans une méningite.
(Riv. Oto-neuro-oftal. 24, 1949, 150-160)

EVEN R. et SORS Ch.-

Traitement précoce de la méningite tuberculeuse par antibiotique et ACTH.
(Bull. M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1955, 71, n° 9-10, 329-331)

FELD.-

Etude neuro-chirurgicale de la méningite tuberculeuse.
(Rev. Neurol., N° 8, 1948)

FELD M. - N'GUYEN A. - CALIN R.-

Séquelles anatomo-cliniques d'une méningite tuberculeuse guérie par la streptomycine.
(Soc. de Péd., nov. 1952)

FOUQUET J. - HEIMANN - TEYSSIER - BELIN - CORNU.-

Méningite tuberculeuse de l'enfant et isoniazide.
(Rev. Tub., 1, T. 17, N° 1-2, 1953)

FOUQUET J. et SCHERRER J.-

Etudes des troubles psychiques au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine.
(B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1948, 64, N° 24-25, 811-815)

FOUQUET J. et coll.-

Les thérapeutiques anti-inflammatoires dans la méningite tuberculeuse.
(Rev. Tub., déc. 1955, tome 19, N°12, 1303, 1314)

FOUTER.-

Formes chroniques de la méningite tuberculeuse.
(J. Neuro. Path. Psy., n° 2, fév. 1952, 46-44)

GALEOTTI FLORI.-

Résultats of thérapy in 265 cases of tuberculous meningitis.
(Pédiatrics, sept. 1950)

GAQUIERE A. et GUERIN A.-

Myélite apparue au cours d'une méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine.
(B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris, novembre 1949, 65, n° 26-27, 1192-94)

GERARDIN J.-

Résultats du traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant.
(These, Paris 1951)

GLANZMANN E.-

Psychische Syndrome nach Abheilung der M. Tuberc. und ihre heilpädagogische Aufgaben.
(Ann. Paed., 187, 1953, 205-214)

GONIN A.-

Contribution à l'étude du traitement et du pronostic des méningites tuberculeuses.

(J. Méd. Lyon, mars 1950, n° 725, 237-252)

GRAF. K.-

Lésions histologiques de l'oreille interne après traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine.

(Acta O.R.L., Stockholm, 1951, 39, 2-3)

GRAFFAR.-

La réadaptation sociale de l'enfant guéri de méningite tuberculeuse.

(Arch. belg. de Méd. Soc. Hyg., Méd. du travail et méd. légale 1953, 191)

GRAFFIN P. M.-

Méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine. Accidents médullo-radiculaires : quelques variétés. Indications thérapeutiques. (Thèse, Paris 1951)

GISSELNRECHT M.H. et HATT J. J.-

Méningite tuberculeuse infantile. Conclusions tirées de l'étude de 32 cas.

(Soc. de Péd. de l'Est et du Nord, Semaine des hôpitaux 1957, 2025, 343)

GREVIN et KIRCHER.-

De quelques complications neurologiques au cours du traitement des méningites tuberculeuses par la streptomycine.

(Maroc Méd. 1951, 311, 434-436)

GUILLON H.-

Accidents neurotoxiques de la dihydrostreptomycinothérapie dans la méningite tuberculeuse.

(Sem. des Hôp. Paris, 19, mars 1950, 857)

HEUYER.-

Troubles du comportement chez un enfant guéri de méningite tuberculeuse traité par la streptomycine.

(Arch. Fra. de Pédiatrie, T. VIII, n° 4, 1951)

HEUYER G. - LEOVICI S. et MARTINETTI J.-

Un cas de démence après traitement d'une méningite tuberculeuse par la streptomycine.

(Arch. Fr. de Pédiat., 1950) (T; 7, n° 4, 412-414)

HEUYER G. - DELF M. et DANON-BOILEAU.-

Les séquelles neurologiques et psychiques de la méningite tuberculeuse
(Rev. Neurol., 90, 1954, 712-70)

ILLINGWORTH R. S.-

Précédité sexuelle après guérison d'une méningite tuberculeuse. Tuberculome intracranien calcifié. Atrophie optique avec acuité visuelle Conservée.
(Proc. Roy. Soc. Méd., 44, août 1951, 726-728)

JANBON M. - BERTRAND L. - SALVAING J. et Melle ALBAN.-

Syndrome dysendocrinien avec vergetures au cours d'une méningite tuberculeuse.
(Soc. Sc. Méd. et Biol., Montpellier, fev. 1951)

KINSELL L. W.-

Infections diseases.
(In proceeding of the conference on the effects of Cortisone, Rahway N. J., Merck and Cy, 1951, 49-53)

KULZ A.-

Troubles mentaux chez l'enfant au cours de la méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine.
(Ztschr. Kinderh., 69, 1951, 62-73)

LAGET P. - BACH Ch - ALUFI C. et R. A. MARQUEZY.-

Etude de l'électro-encéphalogramme dans la méningite tuberculeuse de l'enfant. Valeur pronostique.
(Presse Médicale, 61^{ème} année, n° 47, 8-7-1953, 984-987)

LAMY - AUSSANAIRE - Melle JAMMET - DUBRISAY et MIGNOT.-

Les lésions vasculaires au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine.
(Presse Médicale, 14.12.1951)

LAVERGNE (De) et HELLUY.-

Résultats éloignés du traitement de la méningite tuberculeuse.
(Rev. Méd. Nancy, 1950)

LEBARBE F.-

Contribution à l'étude du traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant par la streptomycine.
(Thèse, Paris 1951)

LYARD D.-

Contribution à l'étude de la cécité au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant et du traitement neurochirurgical que l'on peut lui apporter.

(Thèse Paris, 1952)

MAGGIORA.-

Observations sur l'état d'enfants traités par F.A.S. et streptomycine pour méningite tuberculeuse.

(Acta Ped. Latina, 1951)

MARQUEZY R. A. et BACH Ch.-

Réactions encéphaloméningées curables au cours de la primo-infection ganglio-pulmonaire de l'enfant.

(R. Port. Péd. Puéric., Vol. 14, n° 4, août 1951, 174-181)

MARQUEZY R. A. et BACH Ch.-

Le pronostic de la méningite tuberculeuse de l'enfant.

(Sm. Hôp. Paris (Annales Pédi.), 30^e année, n° 28, 30 avril 1954)

MARQUEZY R.A., BACH Ch. et SCHAEFFER PH.-

Corticothérapie et Méningite tuberculeuse.

(Sem. Hôp. Paris, 1957, 3286, 632)

MARZO R. et Al.-

Etude statistique et éléments pronostiques de 32 cas de méningite tuberculeuse traitées par la streptomycine.

(Arch. Tisiol., Novembre 1950, n° 2, 953-960)

MATTEI Ch. - PAYAN H.-

Les manifestations hypothalamiques au cours des méningites tuberculeuses traitées par le streptomycine.

(Clinique Médicale Pratique, Masson, 1951)

MICHAUX L. et Melle SAULNIER M.-

Considération à propos d'une observation de syndrome adiposo-génital apparu après traitement par la streptomycine d'une méningite tuberculeuse.

(Arch. Franç. de Pédiatrie, 1953, 1953, 10, 212)

MICHAUX L. et BRUGE A.-

Formes et séquelles mentales de la méningite tuberculeuse de l'enfant.

(B.M. Soc. Franç. G. Hôp. Paris, 19, 26 nov. 1954, 70, n° 30-31, 1156-1165)

MOLLARETP. - RENARD G. - Mme TRANOS.-

Les symptômes oculaires de la méningite tuberculeuse, non traitée ou traitée par la streptomycine.
(Ann. Méd. 1949, 50, n° 4, 3-352)

MONTI M.-

Les séquelles de la méningite tuberculeuse.
(Policlinico Rcze, 62, 40, 3-10-1955, 1338-1345)

MOONEN A. J.-

Séquelles oculaires de la méningite tuberculeuse.
(Amer. J. of Ophtal. Chicago, 5-5-1956, 753-768)

MOURIQUAND G. - DECHAVANNE et BONNET.-

Les complications cochléo-vestibulaires du traitement de la méningite tuberculeuse par la streptomycine et la dihydrostreptomycine.
(Pédiatrie, 1952, 7, 1)

MOURIQUAND G. et collaborateurs.-

Obésité séquelle de méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine.
(Lyon Médical 1950, 29, 349)

MULLER K.-

Die neurol.-psychopathol. Symptomatik der Men. tub. mit Bernecksichtigung ihrer Altersabhaengigkeit.
(Der Nervenarzt, 1955, 26, 483-89)

NETZSCH H.-

La question des fausses guérisons après streptomycinothérapie dans la méningite tuberculeuse de l'enfant.
(Deutsche Med. Wschr., 75, n° 36, 8 sept. 1950, 1195-1196)

NIQUET C.-

L'avenir éloigné des méningites tuberculeuses guéries par la streptomycine.
(Echo Méd. Nord 1952, 23, 3, 123)

PIERRE-BOYER M.-

A propos de 15 cas d'atteinte auditive observés après streptomycinothérapie dans les méningites tuberculeuses de l'enfant.
(Thèse, Paris, 1953)

PACI A.-

Il comportamento della pische nella meningite tuberc. del bambino.
(Arch. Ital. Ped. A Pueric., 1953, 16, 408-28)

PARAF J. - PARAF M. - RAJAUD G.-

A propos du traitement de la méningite tuberculeuse chronique.
(B. M. Soc. Méd. Hôp. Paris, 1954, 70, 1165-66)

PERUZZI P. F.-

Quadri endocrini della sofferenza ipotalamica nelle meningite tuberc.
(Riv. Clin. Ped., 1958, 62, 390-400, et 401-424)

PICARD R.-

Etude de l'audiogramme dans les méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine.
(Thèse Paris 1949)

RAYNAUD.-

Les hydrocéphalies de la méningite tuberculeuse de l'enfant.
(Thèse Paris 1951)

REBATTU et collaborateurs.-

Les accidents cochléaires, apanage de la dihydrostreptomycine.
(Journal Franç. ORL, nov. 1952, 1, 7, 607)

REY C.-

Les séquelles de la méningite tuberculeuse de l'enfant.
(Thèse Paris 1953)

RICCI et VIRGILI (ROME).-

Syndromes médullaires au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine.
(Clinica Nuova, janvier 1951)

RIGDON R. H.-

Complications observées dans les cas de méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine.
(M. Rec. et Ann, 45, MAI 1951, 525-527)

SALVAING.-

La tuberculose méningée traitée par la streptomycine. Etude anatomo-clinique.
(Thèse Montpellier 1952)

SACREZ R. et CAHN R.-

Etude du niveau intellectuel et de ses perturbations chez les enfants guéris de méningite tuberculeuse.
(Pédiatrie, 1955, 10, n° 5, 527-533)

SARROUI C. - GILLOT F. et MESGUICH J. R.-

Méningite tuberculeuse traitée par la streptomycine chez les enfants de moins de 3ans, à Alger.
(Pédiatrie, 1950, 39, N° 6, 782-787)

SCHACHTER M.-

Troubles caractériels consécutifs à une méningite tuberculeuse guérie.
(Arch. Intern. Neurol., 1952, 71, 100-105)

SCHAEFER Ph.-

Les hormones cortico-stéroïdes dans le traitement de la méningite tuberculeuse de l'enfant.
(Thèse Paris 1956)

SCHACHTER M.-

Aspects neuro-psychologiques des séquelles de méningite tuberculeuse chez l'enfant.
(Cahiers Méd. d'Auvergne, nov. 1959, 59-73)

SHANE et RILEY.-

Cortisone as an adjunction in treatment of tuberculous meningitis.
(New Engl. Jour. Med., 1953, 249, n° 21, 864-866)

SERINGE Ph. et J. MARIE.-

Le pronostic éloigné de la méningite tuberculeuse de l'enfant.
(Semaine Médicale, 1953, 3811-16)

SOREL R. et collaborateurs.-

A propos de 78 cas de méningites tuberculeuses hospitalisées dans le Service de médecine infantile de Toulouse.
(Toulouse Méd. 1952, 2, 161)

TAPIE J.-

Rechute et récurrence de méningite tuberculeuse chez un sujet traité avec succès par la streptomycine.
(Sem. Hôp. Paris, sept. 1950, n° 65, 31146-3123)

TASCA G.-

Syndrome hypophysaire survenant pendant un traitement par la streptomycine d'une méningite tuberculeuse.
(Sett. Méd., 38, janv. 1950, 36-37)

THOMAS.-

Contribution à l'étude des accidents toxiques du PAS.
(Thèse Paris 1951)

TONI G. (De).-

Remarques sur 235 cas de méningite tuberculeuse traités au Centre de la streptomycine de Gênes.
(Mschr. Kinderh., janvier 1951, 99, n° 1, 24-26)

WASSILEVITCH N.-

Résultats lointains du traitement par la streptomycine de la méningite tuberculeuse chez les enfants.
(Sivjetskaia Medizina, n° 6, 1950)

WASZ-HOCKERT D.-

La cortisone dans la méningite tuberculeuse.
(Nordisk Medicin, 1954, 51, n° 3, 101)

HAECHÉ S. E.-

Contribution à l'étude des manifestations survenues au cours des méningites tuberculeuses traitées par la streptomycine. Accidents thérapeutiques ou séquelles.
(Thèse Paris 1950)

ROBERT-ROUGIER M.-

Contribution à l'étude du pronostic des méningites tuberculeuses de l'enfant.
(Thèse Lyon 1954).

o

o

o



**AGEMP
POLYCOPIE**

8, rue Dante
PARIS - V •
Téléphone : ODÉon 58-96